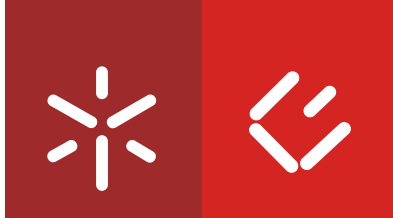




Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Catarina Fernandes Furtado

Implicações do Stresse no Presentismo das Costureiras da Indústria Têxtil em Portugal



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Catarina Fernandes Furtado

Implicações do Stresse no Presentismo das Costureiras da Indústria Têxtil em Portugal

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Estudos de Gestão

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Regina Leite

DECLARAÇÃO

Nome: Catarina Fernandes Furtado

Endereço eletrónico: furtadofcatarina@gmail.com

Telefone: 926 684 156

Número do Bilhete de Identidade: 13440417

Título da dissertação:

Implicações do Stresse no Presentismo das Costureiras da Indústria Têxtil em Portugal

Orientadora:

Professora Doutora Regina Leite

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado:

Mestrado em Estudos de Gestão

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura:

Agradecimentos

À Professora Doutora Regina Leite, minha orientadora, pela dedicação, disponibilidade, apoio e ensinamentos ao longo deste percurso.

À minha mãe, pois sem o seu apoio eu não teria conseguido ter forças nem motivação para terminar este estudo.

Às fábricas que demonstraram interesse e aceitaram participar neste estudo, e especialmente às senhoras costureiras que responderam ao questionário, tornando este estudo possível.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

Esta investigação teve como objetivo estudar a relação entre o stresse, o presentismo e o desempenho das costureiras da indústria têxtil em Portugal. O stresse tem sido associado ao presentismo em vários grupos profissionais. O presentismo tem sido usado como indicador de desempenho. Foi constituída uma amostra de 117 costureiras, de cinco fábricas da Região Norte de Portugal. Utilizaram-se as escalas de autorrelato EADS-21, WLQ-8 e SPS-6 para medir o stresse, a ansiedade e depressão e o presentismo. Os níveis de stresse, ansiedade, depressão e presentismo mostram ser elevados na população estudada. Os resultados apontam para uma associação entre presentismo e o stresse, depressão e ansiedade. Observou-se que quanto mais severo o estado de depressão e ansiedade e stresse das costureiras, maiores os valores de capacidade de realizar trabalho físico (WLQ-8) e de distração evitada (SPS-6) e mais afetado é o desempenho. Tal afetação do desempenho acarreta, potencialmente, perdas consideráveis de produtividade e gastos elevados para as fábricas (“salário perdido”). Estes níveis de presentismo elevado podem ser justificados pelo facto das costureiras receberem o ordenado mínimo nacional, as condições de trabalho sobre pressão do tempo e haver bónus de produtividade e assiduidade.

Abstract

Presenteeism has been used as a job performance indicator. Presenteeism has been associated with stress, for different professional groups. This exploratory study aimed to determine how does stress affect job performance and presenteeism of sewing machine operators in the portuguese textile industry. For this matter self-report scales, specifically the DASS-21, SPS-6 and WLQ-8 to assess the stress, anxiety, depression and presenteeism were applied to a group of 117 female sewing machine operators from Portuguese textile industry (5 different factories). Stress, anxiety, depression and presenteeism showed to be high at the studied population, and the results revealed an association between presenteeism and stress, anxiety and depression. As severe as the anxiety, depression and stress get, the higher Physical Demands (WLQ8) and Avoid Distraction (SPS6) were and more impaired the job performance showed to be. Facts such as sewing machine operators receiving the minimum national wage, suffering with time pressure in the production line and payment of productivity and assiduity bonus should help to explain the present results. This high affectation of the performance has potentially high costs for factories with wages.

Índice

1	Introdução.....	1
1.1	Contexto do Estudo	1
1.2	Objetivos do estudo	2
1.3	Estrutura da dissertação.....	2
2	Revisão de Literatura	5
2.1	Desempenho no trabalho	5
2.1.1	Conceito e Definição	5
2.1.2	Dimensões	5
2.1.3	Modelos explicativos	6
2.1.4	Desempenho e o Mundo Atual	9
2.1.5	Medidas de Desempenho	10
2.2	Presentismo	11
2.2.1	Conceito e Definição	11
2.2.2	Fatores conducentes ao presentismo: contextuais e individuais	12
2.3	Stresse no trabalho	16
2.3.1	Conceito e Definição	16
2.3.2	Causas do stresse	17
2.3.3	Repostas ao stresse.....	19
2.4	Ansiedade e Depressão	22
2.4.1	Conceito e Definição	22
2.5	Stresse, ansiedade, depressão e desempenho no trabalho.....	24
3	Metodologia	31
3.1	Amostra e procedimento	31
3.2	Medidas de avaliação	32
3.2.1	Instrumentos de auto-relato	32
3.2.2	Dados socio-demográficos.....	37
3.2.3	Cálculo da perda de salário.....	37
3.3	Tratamento de dados	37
4	Resultados	41

4.1	Caracterização da amostra	41
4.2	Níveis de Stresse, Ansiedade e Depressão	43
4.3	Valores obtidos nas medidas de Presentismo: WLQ-8 e SPS-6.....	44
4.4	Valores médios das escalas e subescalas para trabalhadoras “doentes” e “não doentes”	46
4.5	Correlação entre todas as escalas, subescalas e a variável Doenças	47
4.6	Significância da diferença entre grupos de costureiras com distintos níveis de stresse, ansiedade e depressão	49
5	Discussão	53
6	Conclusões	61
7	Limitações do estudo e pistas para investigação futura	63
8	Referências Bibliográficas.....	65
9	Anexos – Questionário.....	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo dinâmico do Presentismo e do Absentismo (Johns, 2009).	15
Figura 2- Principais tipos de stressores e de respostas de stress [Adaptado de Matteson, Ivancevich (1982), in Miner (1992)].	19
Figura 3 - Modelo esquemático dos fatores que contribuem para a ansiedade e a depressão e o impacto dessas condições no trabalho (Haslam et al., 2005)	25

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterísticas sociodemográficas da amostra (N total=117): média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo da idade, habilitações, dimensão do agregado familiar e número de filhos das participantes.....	32
Tabela 2 - Rendimento familiar das participantes por categorias.	32
Tabela 3 - Análise de confiabilidade (Alfa de <i>Cronbach</i>) das escalas WLQ-8 ,SPS6 e EADS e as suas respetivas subescalas.	38
Tabela 4 - Número total de costureiras, número de participantes no estudo e percentagem e estatísticas descritivas (média e desvio padrão-DP) das variáveis demográficas por cada fábrica.	41
Tabela 5- Frequência da existência de doenças no grupo estudado.....	42
Tabela 6- Frequência do consumo de medicação no grupo estudado.....	42
Tabela 7 - Correlações entre a existência de doenças, o consumo de medicação, as habilitações literárias e a idade.	43
Tabela 8 - Fatores depressão, ansiedade e stresse: percentagem de indivíduos que pontuaram entre os níveis de stresse considerados normal a extremamente severo (de acordo com a classificação proposta por Lovibond & Lovibond, 1993).....	44
Tabela 11 Comparação entre grupos de costureiras Doentes (N=40) e Não Doentes (N=58): média e desvio-padrão (DP) e significância das diferenças entre grupos.....	46
Tabela 12 Valores e significância das correlações entre, gestão de tempo, concentração no trabalho, capacidade de atingir objetivos, capacidade de realizar trabalho físico, presentismo-	

WLQ8, trabalho completo, distração evitada, presentismo-SPS6, stresse, ansiedade, depressão e doenças.	48
---	----

1 Introdução

1.1 Contexto do Estudo

O stresse e os seus efeitos no bem-estar das pessoas é um assunto, hoje-em-dia, muito estudado. O stresse envolve aspetos fisiológicos, psicológicos, emocionais e comportamentais, e pode por isso afetar o desempenho individual, nomeadamente no trabalho. O stresse também surge muito associado a ansiedade e depressão. Estudos acerca de diversos grupos profissionais, em vários locais do mundo, têm dado indicações sobre a associação entre stresse, ansiedade e depressão e desempenho no trabalho (Driskell, J., Salas, E. & Hughes, S., 1996; Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S., Haslam, R., 2005; Waghorn, G., Chant, D., 2006)

O desempenho pode ser definido como o valor total esperado para a organização, resultante de um conjunto de comportamentos discretos manifestados por um indivíduo durante determinado período de tempo (Motowidlo, 2003). O baixo desempenho dos trabalhadores traduz-se em baixa qualidade do seu trabalho e diminuição da produtividade (Griffin & Moorhead, 2010). É possível antecipar uma diminuição no desempenho quando os trabalhadores são sujeitos a stresse, dado que podem-se desenvolver sintomas físicos (como por exemplo lesões ou dores de estômago) e psico-emocionais, que não lhes permitem realizar as suas tarefas adequadamente (Miner, 1992).

Nomeadamente em indicadores de desempenho como absentismo, presentismo e limitações no trabalho têm emergido padrões de associação ao stresse, à ansiedade e à depressão. Sendo o desempenho uma variável fundamental da gestão empresarial, avaliar a extensão e implicações do stresse no desempenho dos trabalhadores poderá fazer a diferença na tomada de medidas de gestão benéficas para trabalhadores e empresas.

A indústria têxtil é uma das mais importantes para a economia Portuguesa. Representa 9% das exportações, 19% do emprego da indústria transformadora, 8% da produção e também 8% do volume de negócios da indústria transformadora (Associação Têxtil e Vestuário de Portugal, 2014). Em Portugal existem cerca de cinco mil empresas a laborar em todos os subsectores da indústria têxtil. Na sua maioria são pequenas e médias empresas. A maior parte delas situa-se na região norte de Portugal (Porto, Braga, Guimarães e Famalicão) e na Covilhã (Associação Têxtil e Vestuário de Portugal, 2014). No ano de 2013 as exportações da indústria têxtil aumentaram 3,5% face ao ano anterior e os maiores clientes foram a Espanha, França, Reino Unido, Alemanha e os E.U.A.

Neste setor industrial, o tipo de planeamento conduz a que os trabalhadores sintam muito frequentemente a pressão do tempo, obrigados a cumprir prazos e metas de produção. Estes fatores adicionados ao tipo de trabalho realizado - muito repetitivo e exigente a nível físico e também psicológico - constituem uma elevada carga de stresse. O stresse poderá afetar a saúde e o estado de espírito dos trabalhadores e assim o seu nível de desempenho. Todavia, na pesquisa efetuada, tudo indica que não existem estudos publicados que permitam avaliar quer os níveis de stresse, ansiedade e depressão na população da indústria têxtil em Portugal, maioritariamente feminina, quer as suas implicações no desempenho no trabalho.

1.2 Objetivos do estudo

Daí surgiu o interesse pelo estudo do stresse nos trabalhadores da indústria têxtil em Portugal. Assim, o objetivo geral deste estudo foi avaliar o stresse e a sua relação com o desempenho entre os trabalhadores da indústria têxtil em Portugal. Concretamente, em primeiro lugar, pretendeu-se avaliar os níveis de stresse, ansiedade, depressão, presentismo e limitações no trabalho entre os indivíduos deste grupo profissional – os trabalhadores da indústria têxtil portuguesa – e estimar o seu potencial efeito no desempenho das empresas (custos devidos à perda de desempenho). Espera-se, com a concretização deste primeiro objetivo, dar um contributo para a compreensão da extensão do fenómeno do stresse neste setor industrial português e das suas implicações para a gestão. O segundo objetivo específico foi estudar a relação entre stresse, ansiedade, depressão, presentismo e limitações no trabalho de trabalhadores da indústria têxtil portuguesa, pretendendo-se dar um contributo para o entendimento da relação entre stresse e desempenho no trabalho.

1.3 Estrutura da dissertação

A presente dissertação estrutura-se em nove capítulos. O contexto do estudo e os seus objetivos são reunidos neste primeiro capítulo, a Introdução. No capítulo 2, a revisão bibliográfica, dispõem-se os elementos teóricos fundamentais para a análise do problema que é proposto aqui estudar, como tal, são abordados temas como o desempenho, presentismo, o stresse no trabalho, a ansiedade e a depressão e ainda a relação entre stresse, ansiedade, depressão e o desempenho no trabalho. Na metodologia, o capítulo 3, apresenta-se a amostra, o procedimento, as medidas de avaliação e o processamento de dados. No capítulo 4 descrevem-

se os resultados obtidos com o auxílio de tabelas. No capítulo 5 - discussão - procede-se á análise e interpretação dos resultados, face ao objetivo do presente estudo e aos resultados de outros estudos publicados, assim como algumas das limitações da investigação No capítulo 6 apresentam-se as conclusões do estudo e no capítulo 7 são referidas as principais limitações deste estudo assim como algumas sugestões para investigação que possa vir a ser realizada futuramente. O capítulo 8 contem as referências bibliográficas que possibilitaram e ajudaram a realização deste estudo. Por fim, em anexo, pode encontrar-se o questionário usado para recolha de dados.

2 Revisão de Literatura

2.1 Desempenho no trabalho

2.1.1 Conceito e Definição

Hoje em dia sabe-se que, melhor desempenho é uma fonte de satisfação, sentimentos de mestria (domínio) e orgulho. E que o baixo desempenho, e não alcançar objetivos, é considerado como uma falha pessoal e causa insatisfação. Os níveis de desempenho não só são reconhecidos pelos outros membros da organização, o que pode acentuar este tipo de sentimento (tanto nos “bons” como nos “maus”), como pode ainda daí advir algum tipo de recompensa acrescida (Sabine, 2002).

Diversos autores concordam que, quando se está a definir desempenho, se deve diferenciar ação (comportamento) de resultado do desempenho (Kanfer, 1990).

O comportamento ou conjunto de ações, ou seja, o que o indivíduo faz no trabalho, só tem importância se se mostrar relevante para a organização e também se essas ações tiverem a possibilidade de ser mensuradas em termos de competência (ou contribuição para atingir os objetivos) (Campbell, 1999). Os resultados do desempenho são as consequências do comportamento individual, sendo que, por vezes, os resultados são influenciados por fatores externos ao comportamento (por exemplo, quando um professor dá uma aula excepcional mas os alunos são pouco inteligentes, o resultado não será também ele excepcional) (Sabine, 2002).

2.1.2 Dimensões

O desempenho é um conceito multidimensional. As oito dimensões do desempenho, propostas por Campbell (1999), podem ser reunidas em dois grandes grupos: o desempenho de tarefa e o desempenho contextual ou situacional (Motowidlo, Borman & Schmit, 1997).

O desempenho de tarefa refere-se à competência com que um indivíduo realiza funções que contribuem para a “especialidade nuclear (*core*) da empresa”. Esta contribuição pode ser direta, como é o caso de trabalhadores numa linha de montagem, ou indireta, como no caso dos gestores (Motowidlo et. al., 1997). Das oito componentes que integram o desempenho propostos por Campbell (1999), há, segundo Sabine (2002), cinco que se referem a desempenho de tarefa: 1) Competência específica da tarefa; 2) Competência não específica da tarefa; 3)

Competência de comunicação oral e escrita; 4) Supervisão; e 5) Administração/gestão (parcialmente).

O desempenho contextual refere-se a atividades que, não contribuindo diretamente para o “core técnico” de uma empresa, suportam o ambiente social e psicológico da organização e ajudam a alcançar os seus objetivos (Motowidlo et. al., 1997).

O desempenho contextual está associado a atividades que promovam o funcionamento da organização no presente e a comportamentos proactivos que visem melhorar e mudar procedimentos do trabalho e processos organizacionais (Sabine, 2002). Estes comportamentos, que são esperados de cada trabalhador-funcionário, passam pela entreaajuda e cooperação entre colegas, por se seguirem as regras e procedimentos da organização mesmo quando tal é inconveniente no plano pessoal, por se apoiar e defender os objetivos da organização, por se persistir com entusiasmo até à finalização das tarefas, e por voluntariar-se para executar tarefas que não fazem formalmente parte da sua função (Motowidlo et. al., 1997).

Os níveis individuais de competência ou habilidade e de destreza tendem a prever maior ou menor desempenho de tarefa, enquanto que as características da personalidade e fatores relacionados tendem a prever o desempenho contextual (Motowidlo, et. al., 1997).

O desempenho é um conceito dinâmico, para o qual têm sido desenvolvidos vários modelos explicativos ou perspectivas.

2.1.3 Modelos explicativos

A perspectiva das diferenças individuais foca-se nas diferenças de desempenho entre indivíduos, procurando entender os fatores subjacentes às mesmas. De acordo com este modelo explicativo, as diferenças no desempenho podem ser explicadas pelas diferenças observadas entre indivíduos, nomeadamente no que se refere a competências-habilidades, personalidade e motivação (Sabine, 2002).

Campbel (1999) assume que, entre as dimensões do desempenho, há três determinantes individuais: 1) o conhecimento declarativo (conhecimento sobre factos, princípios, objetivos e autoconhecimento); 2) o conhecimento de procedimentos e a habilidade/destreza (capacidades cognitivas e psicomotoras, capacidade física, capacidade de autogestão e competências interpessoais); e 3) a motivação, que envolve a decisão de desempenhar uma tarefa, o esforço para a levar a cabo e a persistência do esforço para a finalizar adequadamente.

Para este autor, habilidades, personalidade, interesses, educação, treino, experiência e aptidão para interagir são fatores individuais que permitem prever conhecimento declarativo. Estes mesmos fatores acrescidos da prática, permitem prever o conhecimento do procedimento e habilidades. Todavia, Motowidlo et. al. (1997) defendem que o desempenho de tarefas depende principalmente da capacidade cognitiva e o desempenho contextual da personalidade.

Para um largo espectro de tipologias de trabalho e de tarefas inerentes, tem sido observado que os indivíduos com maiores capacidades cognitivas têm melhor desempenho que os indivíduos de menores capacidades. Uma boa capacidade cognitiva facilita a aquisição de conhecimentos e de destreza sobre determinado trabalho ou tarefa, que por sua vez tem impacto positivo no desempenho (Schmidt, Hunter, Outerbride, & Goff, 1988). Já os fatores de personalidade têm mostrado não estar significativamente relacionados com o desempenho, embora alguns estudos apontem para a existência de uma forte relação entre desempenho e neuroticismo ou estabilidade emocional, e entre desempenho e conscienciosidade (Barrick & Mount, 1991; Jackson & Rothstein, 1991)

Diferenças individuais na motivação podem ser causadas por diferentes traços motivacionais e capacidades de motivação (Kanfer, 1990). Traços motivacionais (tendência de cada indivíduo para ser mais ou menos motivado) surgem mais relacionados com fatores de personalidade, embora tenham grande relevância nos processos de motivação (intensidade e persistência numa ação). As competências ou capacidades de motivação referem-se a estratégias de auto-regulação utilizadas enquanto se luta para alcançar um objetivo. Ao contrário dos traços motivacionais, as capacidades motivacionais são mais específicas para cada domínio de tarefa e mais influenciadas por fatores situacionais e por experiências de aprendizagem e treino (Kanfer, 1990).

A auto-eficácia também influencia a motivação e é relevante para o desempenho (Bandura, 1997). Está relacionada com ambos os desempenhos, de tarefa e contextual (Baum, Locke & Smith, in press; Speier & Frese, 1997). Também é importante no processo de aprendizagem (Mitchell, Hopper, Daniels & George-Falvy, 1994). Experiência profissional tem fraca relação, positiva, com o desempenho (Quiñone, Ford & Teachout, 1995).

O desempenho individual não é estável e varia ao longo do tempo, pois reflete processos de aprendizagem e outras mudanças de longo prazo. Traduz ainda mudanças temporárias no desempenho por motivos fisiológicos ou psicológico, causados por muitas horas seguidas de

trabalho e exposição a stresse, que podem resultar em fadiga e redução de atividade (Sabine, 2002; Kahneman, 1973).

A perspetiva situacional procura explicar o desempenho tendo por base os fatores do ambiente que estimulam e suportam, ou que impedem ou dificultam um bom desempenho do indivíduo (Sabine, 2002).

As características da função (como a diversidade de competências, a identificação da tarefa, a importância da tarefa, a autonomia e retroação) têm efeito em estados psicológicos críticos (experienciar importância, experienciar responsabilidade pelos resultados do trabalho, conhecimento dos resultados e atividades do trabalho), os quais por sua vez têm efeitos nos resultados pessoais e do trabalho, incluindo o desempenho (Hackman & Oldham, 1976). Existe uma pequena correlação positiva entre características da tarefa/trabalho e desempenho.

As restrições situacionais incluem stressores como a falta de informação necessária e problemas com máquinas e fornecimentos, e stressores do ambiente de trabalho. As restrições situacionais afetam diretamente, de forma negativa, o desempenho, na medida em que são necessárias ainda mais capacidades para lidar com a (ou as) restrição (ou restrições) de modo a alcançar o objetivo final. Todavia, os stressores podem ter um efeito positivo na iniciativa pessoal, um outro aspeto do desempenho contextual ou situacional (Fay & Sonnentag, 2000; Sabine, 2002).

A perspetiva de regulamentação do desempenho procura explicar o desempenho focando-se no processo do desempenho por si só e conceptualizando-o como um processo de ação (Sabine, 2002), com o objetivo de identificar o que diferencia os indivíduos em diferentes níveis de desempenho. Considera-se, de acordo com este modelo, que os indivíduos de alto desempenho diferem dos de desempenho moderado no modo como abordam a sua tarefa e como alcançam as soluções.

Como o comportamento motivado afeta o desempenho, por norma, os dois modelos – desempenho de tarefa ou individual e desempenho situacional ou contextual – usados em conjunto, fornecem uma explicação mais completa do desempenho, já que ambas, as características individuais (fornecendo os *inputs* ou as capacidades) e o contexto da função (variáveis situacionais) afetam o comportamento motivacional do indivíduo facilitando ou limitando o seu comportamento no trabalho (Mitchell, 1997, in Sabine 2002).

2.1.4 Desempenho e o Mundo Atual

O mundo está em constante mudança. Devido à inovação tecnológica, às alterações na estrutura organizacional e nos processos, os requisitos de trabalho estão em constante mudança. Assim, e como consequência, a aprendizagem e desenvolvimento de competências tem de ser contínuos e são cada vez mais importantes e exigentes. Os indivíduos têm de estar dispostos a aprender (continuamente), de modo a poderem desempenhar as suas tarefas com sucesso, no presente e no futuro (Sabine, 2002).

A importância da tecnologia nos processos de trabalho atuais, principalmente a utilização de sistemas informáticos, é muito acentuada e torna, por vezes, difícil a separação da contribuição da tecnologia da do indivíduo, para os níveis de desempenho individual (Sabine, 2002).

Para além disso, nos ambientes de trabalho atuais, a pro-atividade torna-se cada vez mais importante. Para ter bom desempenho não chega cumprir determinados requisitos da tarefa – “é pedido que se vá mais além” (Frese et al., 1997, pg.2). Segundo Sabine (2002), a iniciativa pessoal tornou-se uma parte importante do desempenho contextual.

Cada vez mais as organizações estão a considerar o trabalho em equipa. Mas não é possível analisar o desempenho de uma equipa sem analisar o desempenho individual. Para o bom desempenho de uma equipa, as competências individuais para realizar tarefas e os conhecimentos não chegam. Atualmente são necessárias competências de auto-gestão (estabelecer objetivos e monitorizar o próprio desempenho, planear e coordenar as próprias tarefas) e de gestão interpessoal (resolução de conflitos, resolução de problemas de forma colaborativa, e entender e praticar boa comunicação entre os membros do grupo e com redes exteriores ao grupo). Estas, em conjunto com o conhecimento, são consideradas essenciais para o bom desempenho de equipas (Stevens & Campion, 1994). Facetas específicas do desempenho contextual, como comportamento altruísta e de ajuda são muito relevantes para o trabalho de equipa (Sabine, 2002).

No presente, muitos serviços e produtos são produzidos para um mercado global e a mão-de-obra das organizações torna-se também, cada vez mais global, na medida em que nela podem participar pessoas de culturas diversas. O desempenho individual vai, então, poder variar muito de local para local devido às diferenças culturais, o que leva as organizações a terem de adaptar o modo de treinar, selecionar e avaliar os seus funcionários aos diferentes países e/ou culturas onde se encontram (Sabine 2002).

2.1.5 Medidas de Desempenho

Como referido anteriormente, o desempenho individual pode ser afetado por vários fatores pessoais e/ou externos. Os fatores que mais podem contribuir para um baixo (“mau”) desempenho, segundo Mitchell e O’Reilly (1983; mencionados por Cunha, Rego, Campos, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007), são:

- Capacidades intelectuais ou cognitivas insuficientes para as exigências da função;
- Conhecimento insuficiente sobre a função: falta de conhecimento e/ou informação sobre a função ou a organização;
- Estados emocionais contraproducentes: influência de estados emocionais que interferem com o trabalho, como ansiedade ou depressão;
- Uso de drogas ou álcool, substâncias que interferem com o trabalho;
- Alcoolismo ou toxicodependência, que afetam a tomada de decisões e a capacidade motora;
- Padrões de desempenho baixos, ou seja, baixos níveis de exigência pessoal, por razões culturais, educacionais ou emocionais;
- Baixa motivação ou falta de interesse pelo trabalho;
- Limitações físicas, como características físicas inadequadas à exigência da função (como pode ser a falta de vista);
- Crises familiares; situações familiares extraordinárias podem interferir com a vida profissional (por exemplo, situações de morte ou divórcio tendem a deixar as pessoas preocupadas e deprimidas a tal ponto que isso altera o seu comportamento no trabalho e limita a sua capacidade, ou seja, reduz o seu nível de desempenho);
- Predomínio da família sobre exigências de trabalho; há quem dê sempre primazia à vida familiar relativamente ao trabalho, mesmo em situações não críticas;
- Influências grupais negativas; por exemplo, o grupo exerce pressão sobre os indivíduos de alto desempenho para reduzirem o seu ritmo de trabalho, de modo a que não lhes seja exigido mais;
- Envolvente do trabalho contraproducente, quando as condições físicas do ambiente de trabalho são inconvenientes ou desconfortáveis (como o fazer muito calor ou frio);

- Comunicação inadequada ao trabalhador sobre o seu desempenho, ou incapacidade de parte da organização em clarificar qual o padrão de desempenho desejável ou esperado.
- Conflito entre os valores pessoais e as exigências do trabalho; por vezes há valores individuais que colidem com as exigências da organização (trabalhar em determinados dias da semana pode ir contras as práticas religiosas do indivíduo).

As condições de ambiente de trabalho, ao exporem os trabalhadores a fatores como calor, humidade, barulho, cheiros, luz e poeira, afetam direta e indiretamente o desempenho por diminuição da concentração nas tarefas, o que leva, por sua vez, à diminuição da produtividade e aumento do stress (Kahya, 2007).

2.2 Presentismo

2.2.1 Conceito e Definição

Vários conceitos, e a operacionalização desses constructos em medidas de avaliação, têm sido propostos, como formas ou tentativas de estimar o desempenho no trabalho. Nomeadamente o presentismo e o absentismo têm sido usados como formas de estimar o desempenho no trabalho (a redução ou afetação do desempenho) (Lerner, D., Adler, D., Chang, H., Lapitsky, L. & McLaughlin, T., 2006; Baker-McClearn, D., Greasley, K., Dale, J., Griffith, F., 2010).

Presentismo por doença é um fenómeno que ocorre quando um indivíduo aparece no trabalho apesar de apresentar sintomas de pouca saúde, em vez de optar por descansar e estar ausente (absentismo) (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000; Hansen & Andersen 2008). Este facto faz com que, não estando o indivíduo em “pleno funcionamento”, possa daí resultar reduções da produtividade individual na ordem de um 1/3 ou mais (Hemp, 2004). Além disso, o presentismo pode acentuar os problemas de saúde ou vir a causar problemas graves mais tarde (Hansen, et. al., 2008).

O absentismo e presentismo são resultados do mesmo processo de decisão. Praticar absentismo, ou seja, decidir tirar baixa numa determinada ocasião e portanto faltar ao trabalho, fará a pessoa ficar mais relutante em voltar a fazê-lo, subsequentemente levando-a ao presentismo. Assim, há, por detrás do presentismo, um potencial escondido para o aumento do absentismo, na medida em que as pessoas consideram ir para o trabalho em vez de tirarem baixa (Hansen, et. al., 2008).

A falta de recuperação após episódios de tensão faz a ligação entre stresse e pouca saúde (Ursin, 1980). Presentismo geralmente não é uma estratégia adaptativa para compensar perdas de desempenho, devido a perda de energia, porque no final pode levar a ainda mais deterioração da condição física e mental. Fazendo com que se trabalhe com menos eficiência, praticar presentismo aumenta a probabilidade de ocorrerem erros (dependendo dos sintomas) e, assim, quem o faz passa as consequências da doença para os colegas ou clientes (Demerouti, Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2008; Hobfoll, Freedy, Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

2.2.2 Fatores conducentes ao presentismo: contextuais e individuais

Presentismo está associado com a saúde percebida, isto é, envolve a percepção que o indivíduo tem do seu próprio estado de saúde. Fatores contextuais desempenham um papel essencial nesta percepção, uma vez que a dificuldade em trabalhar quando já se sente sintomas de doença irá depender, em grande medida, da natureza do trabalho (Hansen et. al., 2008). Entre esses fatores contextuais, referem-se aqueles que afetam ou podem afetar o presentismo (Figura 1):

- As exigências do trabalho: nomeadamente a pressão do tempo, a falta de apoios por parte da organização, e o trabalho acumulado quando se falta e que depois tem de ser reposto (Demerouti et. al., 2008; Hansen et. al., 2008; Johns, 2009) afetam o presentismo. Há maior presentismo em ambientes onde há maiores riscos de stresse e de trabalho físico acompanhados de baixo pagamento (Aronsson, 2000).
- A segurança do posto de trabalho: quando uma empresa toma a decisão de diminuir o seu tamanho, esse acontecimento é, por norma, acompanhado de uma diminuição do absentismo e de um aumento do presentismo, devido a medo, por parte dos trabalhadores, de perder o seu posto de trabalho. Daí resulta aumento da carga de trabalho, aumento de competitividade por promoções e consequente aumento da dedicação (Hansen et al., 2008; Johns, 2009). Os cortes de pessoal que acompanham a diminuição do tamanho de uma empresa foram associados a efeitos negativos na saúde dos trabalhadores e a maior risco de absentismo (Vahtera, Kivimaki, & Pentti, 1997). Em contextos de crise económica, o desemprego aumenta e o presentismo também tende a ser maior (Hansen et al., 2008).
- O sistema de recompensas: quem depende de suplementos de pagamento para ter um bom salário, tem maior probabilidade de aparecer para trabalhar quando está doente (Baker-McCleary, et al., 2010; Hansen et al., 2008).

- As políticas de absentismo: como o pagamento de baixas, o controlo da assiduidade ou as ações disciplinares. O fenómeno de presentismo é maior em pessoas com salários baixos, quando não há pagamento de baixas, ou quando há dificuldades na vida doméstica, bem como quando há receio/medo de ações/sanções disciplinares (Baker-McClearn et al., 2010; Johns, 2009). As leis que facilitam o apoio a familiares, ajudam a diminuir o presentismo, especialmente no caso das mulheres (Hansen et al., 2008).
- A cultura de faltas/presenças: verifica-se que existe maior presentismo quando se percebe ou sente que há outros que estão dependentes do “nosso” trabalho, ou quando há a perceção de se ser insubstituível (um enfermeiro, por exemplo, tem doentes ao seu cuidado ou dependentes dele). Os gestores, ao irem trabalhar mesmo estando doentes, pretendem ser um exemplo de dedicação, dada a crença que trabalhar doente serve como exemplo para os outros e para manter fortes as ligações sociais no trabalho (Baker-McClearn et al., 2010; Demerouti et al., 2008; Johns, 2009).
- O trabalho de equipa: há maior presentismo quando os trabalhadores, devido à relação que mantêm com os colegas de trabalho, sentem que as suas faltas geram situações de injustiça para os colegas. Quando se trabalha em equipa e há maiores níveis de cooperação e desempenho interpessoal, no caso de firmas de menor dimensão, quando um trabalhador falta os outros fazem o trabalho dele. Quanto maior for o apoio social no trabalho, mais os indivíduos aparecem para trabalhar estando doentes (Hansen et al., 2008).
- Facilidade de substituição: o presentismo pode ser mais comum em tempos de crise económica, pois as pessoas têm mais medo de perder os seus empregos (Hemp, 2004). Em alturas de crise económica existe muita mão-de-obra disponível, normalmente por preços mais baixos. No caso de um trabalho não exigir muitas qualificações, esse posto poderá ser facilmente repostos; e essa perceção faz aumentar o presentismo.
- Latitude de ajustamentos: quem tem mais controlo percebido sobre as tarefas do seu trabalho, poderá organizá-las de maneira a poder continuar a trabalhar apesar de se encontrar doente. Nomeadamente, pode deixar para fazer numa outra altura aquelas tarefas que exijam maior esforço físico e dedicar-se a outro tipo de tarefas, por exemplo

a um trabalho mais teórico (Hansen et al., 2008; Johns, 2009).

Há um conjunto de características individuais que também influenciam o presentismo, nomeadamente:

- Atitude perante o trabalho: trabalhadores insatisfeitos ou inseguros com o trabalho sentem pressão para aparecer para trabalhar mesmo estando doentes e sequencialmente baixam a sua produtividade, sucumbem ao absentismo e mais tarde acabam por desistir (Johns, 2009).
- Personalidade: o presentismo está conotado com perseverança face à adversidade. Tal perseverança está refletida, no caso das pessoas mais conscienciosas, que têm forte ética no trabalho, em “locus de controlo” interno da saúde (*i.e.* a perceção de que a saúde depende mais de si próprio que das condições exteriores). Também são perseverantes os designados “workaholics” e aqueles que têm grande robustez psicológica. Os indivíduos conscienciosos, apesar de poderem ir trabalhar quando estão doentes, são capazes de admitir que a sua produtividade baixa nessas condições; pelo contrário, os “workaholics”, na mesma situação, são incapazes de admitir que têm quebras de produtividade. Ir trabalhar sentindo um desconforto menor, pode ser mais benéfico para ambos - trabalhador e empregador - que recorrer ao absentismo, mesmo havendo diminuição da produtividade (Johns, 2009).
- Perceção de justiça: indivíduos com atitudes positivas no trabalho e perceção de justiça positiva, assim como os “workaholics”, os conscienciosos e os de maior robustez psicológica irão exibir presentismo. O absentismo é um padrão de comportamento no trabalho que surge mais associado a indivíduos stressados, com “locus de controlo” da saúde externo (*i.e.* com uma perceção de que a saúde depende somente das condições e fatores externos), em indivíduos que mostram tendência para adotar papel de doente (por terem a perceção de que o absentismo é um direito legítimo). Um trabalhador que experiencie iniquidade, alguém que se sinta compelido a trabalhar quando está doente devido a uma política rigorosa do absentismo, será provavelmente menos produtivo do que uma pessoa que experiencie equidade, mesmo que ambos estejam a experienciar episódios de saúde idênticos (Johns, 2009).

- Stresse: o stresse e a exaustão (*burnout*) estão positivamente relacionados com o presentismo, apesar de não serem considerados legítimos o suficiente para levarem ao absentismo (Johns & Xie, 1998).
- Propensão para o papel de doente: quem adota o papel de doente está inclinado a atribuir todos os seus comportamentos à sua condição de saúde. Estas pessoas têm mais tendência a praticar absentismo que presentismo, mas também se mostram mais inclinadas a ter perdas de produtividade quando não faltam ao trabalho (Johns, 2009).
- Género: as mulheres têm mais tendência para praticar absentismo e presentismo que os homens. Também há maior incidência de depressão e enxaquecas nas mulheres do que nos homens; estas são as duas condições médicas mais fortemente associadas tanto a presentismo, como a absentismo (Burton, Conti, Chen, Schultz, & Edington, 2002).

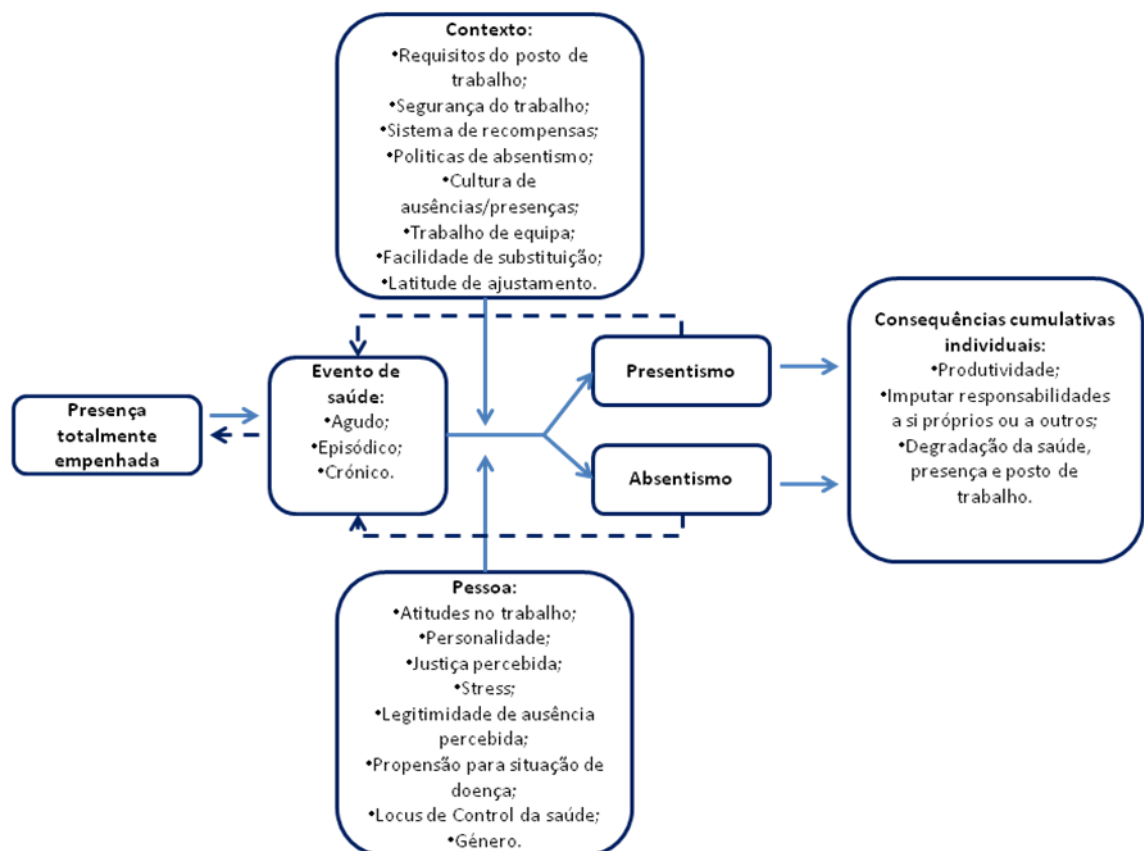


Figura 1 - Modelo dinâmico do Presentismo e do Absentismo (Johns, 2009).

Há ainda a referir um conjunto de consequências cumulativas individuais do presentismo e absentismo, como sejam:

- Na produtividade: a doença afeta a quantidade de trabalho realizado, pois os indivíduos trabalham mais devagar ou têm de repetir tarefas dado que pode haver diminuição da concentração (Hemp, 2004); e também a qualidade, já que a probabilidade de serem cometidos erros, e mais graves, aumenta.
- Imputar responsabilidades a si próprios e aos outros: o elevado sentimento de compromisso com o trabalho e de que se é insubstituível, assim como o medo de sobrecarregar os colegas de trabalho por se faltar (Hansen et al., 2008).
- Degradação da saúde, da presença e do posto de trabalho: a exaustão emocional e o presentismo são recíprocos, uma vez que a exaustão leva mais tarde ao aparecimento de presentismo, que por sua vez causa ainda mais exaustão. Por causa dos esforços para compensar os efeitos progressivos e negativos da perda de energia (e desempenho), a exaustão emocional conduz ao não-uso, inapropriado, de baixa por doença. Ao longo do tempo, isto, por sua vez, faz com que haja novo aumento de sentimentos de exaustão. Este ciclo vicioso degrada a saúde do indivíduo, que acabará por ter de faltar para recuperar, e, lentamente, vai degradando o seu posto de trabalho (Demerouti et al., 2008). Neste sentido, o absentismo pode ser considerado positivo ou “bom”, ao promover a recuperação física e mental e, portanto, a saúde, após episódios de tensão/esforço e doença.

2.3 Stresse no trabalho

2.3.1 Conceito e Definição

Nos humanos, o stresse pode ser entendido, em termos fisiológicos, como uma resposta generalizada, não específica, do corpo (Selye, 1976). Esta resposta resulta de quando alguma exigência é feita ao corpo, seja ela uma condição ambiental relacionada com a sobrevivência ou uma exigência que fazemos a nós próprios para alcançar algum objetivo pessoal (Berry, 1998).

A base fisiológica do stresse depende da ativação de certas hormonas e mecanismos do sistema nervoso. De acordo com o “Síndrome de Adaptação Geral de Selye”, pode descrever-se a resposta de stresse em três fases (Berry, 1998). Começa por uma reação de alarme inicial, que visa mobilizar o corpo para a ação, através de várias alterações hormonais ou endócrinas e no sistema nervoso. Nesta fase, o indivíduo pode lidar com a situação através da designada resposta de luta ou fuga. Se o fator de stresse persistir, a fase seguinte é de resistência.

Geralmente os sinais superficiais sugerem que o corpo está equilibrado e, contudo, continua em estado de defesa. Tenderá a não retomar o seu estado normal, mas antes a dar-se uma progressão. Os níveis hormonais permanecem elevados e a resposta de stresse continua até que leva à exaustão. Então, o corpo começa a enfraquecer, podendo sofrer de alguma doença; e caso os fatores de stresse persistam, sem interrupção, poderão mesmo levar à morte do indivíduo.

O evento que causa stresse pode ser positivo ou negativo e envolver qualquer aspeto da vida dos indivíduos. Os efeitos causados e a sua dimensão total determinam a quantidade de esforço necessário para lidar com cada situação ou evento de stresse (Berry, 1998). As características individuais afetam a perceção que cada pessoa tem dos fatores de stresse, a exposição a que se permite e a intensidade da resposta (Krinsky, Carone, Kieffer, & Yolles, 1984, in Miner, 1992). Pode-se, assim, dizer que os ingredientes para o stresse são: 1) os fatores ou fontes de stresse, também designados de stressores; 2) a frequência e a duração da exposição ao stressor; e 3) a extensão e intensidade das respostas físicas, psicológicas, emocionais e comportamentais causadas (Krinsky, et al., 1984).

2.3.2 Causas do stresse

Stressor pode ser considerada qualquer situação, evento ou objeto que, ao fazer exigências ao corpo, causa uma resposta fisiológica de stresse, segundo Berry (1998). Numa abordagem mais específica, Taylor, Repetti e Seeman (1997) consideram que stressor é um ambiente que não favorece o desenvolvimento de laços sociais e a criação de hábitos saudáveis, que torna os indivíduos mais suscetíveis ao stresse (stresse crónico) e aumenta a tendência da adoção de estratégias disfuncionais para lidar com o mesmo.

Descrevem-se de seguida alguns dos principais tipos de stressores que podem afetar os indivíduos no ambiente de trabalho, assim como as características pessoais que influenciam a perceção que a pessoa tem dos mesmos, e alguns dos possíveis resultados da exposição a stresse (Figura 2).

Entre os principais fatores de stresse ou stressores a nível do trabalho industrial, referem-se (e.g. Berry, 1998; Latko et al., 1999; Sealetsa & Thatcher, 2011; Steinisch et al., 2013):

- Stresse mecânico localizado;
- Torsões repetitivas e forçadas;

- Posturas estranhas;
- Tempo de recuperação insuficiente;
- Exposição a variações de temperaturas e vibração;
- Condições de tempo (horários, prazos apertados, etc.);
- Sobrecarga de trabalho (quantitativo no sentido do indivíduo ter muito trabalho para fazer e qualitativo no caso de serem tarefas difíceis);
- Tarefas monótonas;
- Erros;
- Linguagem abusiva;
- Falta de confiança nos chefes e nos outros trabalhadores;
- Padronização dos postos de trabalho (que contribui para a má postura).

Concretamente no caso da indústria têxtil, a costura em produção é altamente repetitiva, uma tarefa de alta precisão e que requer que o trabalhador constantemente se incline para a frente para ver a operação, e simultaneamente use as mãos para controlar o tecido que é cosido, e ainda que continuamente opere com os pedais de pé e joelho (Wang, Pempel, Harrison, Chan, & Ritz, 2007).

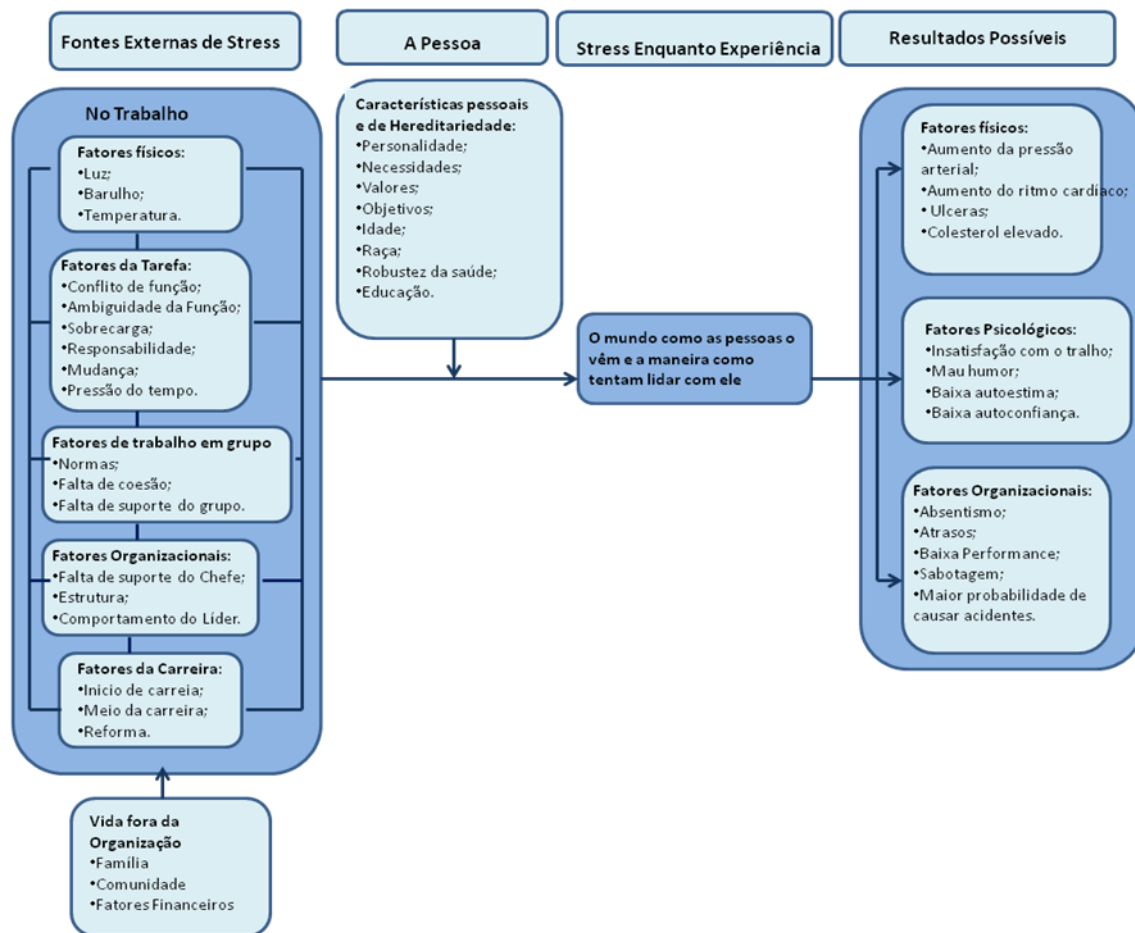


Figura 2- Principais tipos de stressores e de respostas de stress [Adaptado de Matteson, Ivancevich (1982), in Miner (1992)].

Pode-se então dizer que as costureiras são um grupo de risco, pois o seu trabalho é monótono, repetitivo, rápido (com ciclos entre os 30 e os 60 segundos) e de precisão (Punnett, Robins, Wegman, & Keyserling, 1985; Schibye, Skov, Ekner, Christiansen, & Sjøgaard, 1995).

2.3.3 Respostas ao stresse

O stresse afeta tipicamente o desempenho no trabalho e noutros papéis da vida das pessoas. A exposição prolongada pode ainda afetar a saúde humana.

As respostas de stresse podem ser fisiológicas (problemas cardiovasculares, aumento da tensão arterial, colesterol elevado, sintomas gastrointestinais), psicológico-emocionais (insatisfação no trabalho, raiva, frustração, hostilidade, irritação, fadiga, humor depressivo, *burnout*, aborrecimento, baixa autoestima e autoconfiança) e comportamentais, que podem manifestar-se tanto no trabalho como fora dele. Segundo Muchinsky (1999), as respostas comportamentais no

mundo do trabalho incluem (ou afetam) a própria função no trabalho (alterações no desempenho, acidentes), comportamento opressivo no trabalho (sabotagem, roubo, danos propositados), “voo” do trabalho (absentismo, *turnover*), degradação de outros papéis na vida e comportamentos autodestrutivos (como por exemplo o uso de drogas).

Elevados níveis de desempenho num trabalho repetitivo só são alcançados com maior esforço percebido, mais fadiga, stresse e tensão que em trabalhos não repetitivos (Rahman, 1986). Os indivíduos com alto desempenho neste tipo de funções repetitivas apresentam também mais queixas a nível de problemas mentais e de saúde física do que os indivíduos com baixo desempenho. Uma situação laboral deste tipo pode afetar negativamente a qualidade de vida.

Os estudos mostram incidência de diversos problemas de saúde associada ao trabalho repetitivo: problemas respiratórios, cardiovasculares, problemas de sono, digestivos, falta de apetite, sintomas de depressão, ansiedade e irritação e principalmente problemas nos músculos esqueléticos nomeadamente desconforto nas mãos, dedos e punho, tendinites no cotovelo, antebraço, punho, mão e dedos e sintomas do síndrome do túnel cárpico.

O trabalho repetitivo é também associado a problemas músculo-esqueléticos na parte superior das costas (Brisson, Vinet, Vézina, & Gingras, 1989; Latko et al., 1999). Na tarefa da costura existe a combinação de fatores biomecânicos, ou seja, uma tarefa stressante para os ombros é normal que também afete o pescoço e a parte superior das costas (Punnett et al., 1985).

Há uma variedade de doenças que são associadas, ou que estão relacionadas com problemas músculo-esqueléticos, como a diabetes, doença da tireóide, artrite reumatóide, perturbações ginecológicas, operações (passadas) e lesões. Os principais sintomas associados aos problemas músculo-esqueléticos são ardor, dureza, dor, câibras e dormência (Latko et al., 1999).

A degeneração do sistema locomotor e os sintomas que lhe são associados interferem com o movimento e causam dificuldade na execução das tarefas diárias e outras; como tal, para além de poder ser uma consequência do stresse, os problemas músculo-esqueléticos são também uma fonte do mesmo (Leino, 1989).

Em termos de diferenciação de género observa-se que ambos os sexos apresentam problemas músculo-esqueléticos, embora nas mulheres o risco seja superior pois exercem maior atividade muscular comparada com a sua força real. A este facto juntam-se o papel social da mulher de cuidar e ajudar os outros assim como as atividades a que a maior parte das mulheres se dedica fora do trabalho, nomeadamente as tarefas domésticas e cuidar dos filhos, o que implica mais

sobrecarga e menor tempo de recuperação, aumentando assim o risco de incidência deste tipo de problemas músculo-esqueléticos e de stresse (Jick, T., & Mitz, L., 1985; Kessler, R. & Almeida, D., 1998; Nordander et al., 2008).

O tipo de trabalho realizado pelas costureiras faz com que estas sejam muito suscetíveis a problemas do foro físico devido principalmente às más posturas e ao trabalho repetitivo. Trabalhadoras de máquinas de costura reportam dores regulares na zona das costas e pescoço, ombros, mãos, pulso, cotovelos e joelhos (a artrite e problemas de costas são muito comuns) por trabalharem muito tempo na mesma posição. (Brisson, et al., 1989; Sealetsa, et al., 2011) Nas costureiras observa-se também grande incidência de lesões, porque apesar de poderem sentir dores não abrandam o ritmo de trabalho devido às consequências monetárias que daí podem advir. Este comportamento pode levar a acumulação de fadiga e tensão e progredir para problemas de saúde no médio ou longo prazo (Brisson et al., 1989).

Em geral, não se observa que as dores e as lesões aumentem com a idade, pois há um efeito de seleção de trabalhadores saudáveis – só estes é que aguentam mais tempo as exigências físicas (Wang et al., 2007). Os trabalhadores com dores persistentes têm mais probabilidade de abandonar o emprego (Punnett et al., 1985). Todavia, no caso da indústria têxtil, as trabalhadoras com mais anos de serviço por norma apresentam mais problemas musculares (Brisson et al., 1989). Este tipo de problemas físicos surge associado a limitações no desempenho de tarefas relacionadas com o tempo e no desempenho de tarefas físicas e mentais (Burton et al., 2004).

O facto destas trabalhadoras por norma pertencerem a uma classe socioeconómica baixa, terem um nível de escolaridade baixo e não possuírem qualquer tipo de controlo sobre as tarefas que desempenham no trabalho, sobre os seus horários e padrões de descanso, contribui para a sua vulnerabilidade (Wang et al., 2007).

2.4 Ansiedade e Depressão

2.4.1 Conceito e Definição

Em psicopatologia, tal como em medicina, no geral é determinante a distinção entre o normal e o patológico. Assim, por exemplo, quer o medo, quer a ansiedade, podem constituir, antes de mais, reações normais a situações adversas ou de perigo: se o medo permite ao indivíduo afastar-se de um risco objetivo, a ansiedade assume o mesmo papel protetor, ainda que esta surja na ausência de um estímulo ameaçador e se coloque no campo da antecipação. No entanto, quando ambas, medo e ansiedade, deixam de ser adaptativas, pode passar a falar-se em sintomas e/ou perturbações da ansiedade (Crujo & Marques, 2009).

Há um vasto conjunto de perturbações de ansiedade, nomeadamente Ataque de pânico, Agorafobia, Perturbações de pânico com e sem agorafobia, Fobia específica, Fobia social, Perturbação obsessiva-compulsiva, Perturbação pós-stresse traumático, Perturbação aguda de stresse, Perturbação de ansiedade generalizada, Perturbação de ansiedade secundária a um estado físico geral, entre outras (APA, 2002).

Segundo Gray e McNaughton (2000), a ansiedade pode ser definida como um estado do sistema nervoso central caracterizado pela atividade do sistema de inibição comportamental (BIS – *Behavioral Inhibition System*). Os resultados de funcionamento deste sistema podem ser então considerados como evidências de ansiedade (*anxious emotion*). Para estes mesmos autores, os resultados primários, de curto prazo, do funcionamento deste sistema são manifestados no foco da atenção, na inibição do comportamento motor, no aumento do estímulo de análise, no aumento da exploração do ambiente e na preparação dos sistemas motores (do hipotálamo) para a possível necessidade de rápida ação (possível ativação do sistema de resposta ao stresse, do tipo “luta ou fuga”).

A atividade do BIS, isto é a ansiedade, é, em grande parte, uma função instrumental de armazenamento de regularidades associadas com a história do condicionamento de Pavlov, estabelecidos durante uma fase inicial do desenvolvimento (Chorpita & Barlow, 1998). A falta de controlo percebida (perceção da incapacidade de influenciar eventos) é um entre vários caminhos para o medo e a ansiedade (Minor, Dess, & Overmier, 1991 in Chorpita et al., 1998). Evidências de baixo controlo percebido pelo indivíduo provavelmente aumentam a ansiedade (ou seja a atividade do BIS) num sentido imediato (Gray & McNaughton, 2000). Aliás, um historial de falta de controlo pode colocar os indivíduos em risco de experienciarem ansiedade crónica ou

estados emocionais negativos, através do desenvolvimento de vulnerabilidade psicológica (Chorpita, et. al. 1998).

Do ponto de vista de saúde mental é reconhecida a sobreposição da ansiedade e depressão apesar de serem considerados constructos independentes (Lader, 1994; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Depressão é uma expressão comum para referir as perturbações ou transtornos depressivos, que estão incluídos ou fazem parte das perturbações do humor. Há três grandes tipos de perturbações ou transtornos depressivos: depressão major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação. Humor depressivo, isto é, tristeza e/ou irritabilidade e a perda de interesse e prazer nas atividades quotidianas são os sintomas mais importantes nos transtornos depressivos. Às perturbações depressivas podem ainda estar associado um conjunto mais alargado de sintomas, como apatia, diminuição da capacidade de raciocínio e de tomar decisões, distração e falta de concentração, alterações do apetite e do sono, diminuição da energia e da motivação, sentimentos de desvalorização e de culpa, preocupações consigo, com os outros e o mundo, frustração, e até ideação suicida (APA, 2002).

Os principais sintomas da ansiedade e da depressão são, no plano físico, as náuseas, problemas cardíacos, dores de cabeça, tonturas, falta de energia, tremuras, insónia, problemas de coluna e visuais (Niles et al., 2015; Haslam et al., 2004), e no psicológico, a falta de concentração, a falta de motivação e o stresse emocional (Haslam et al., 2004).

Ansiedade e depressão têm por norma comorbidade entre si; a comorbidade aumenta conforme aumentam a gravidade dos sintomas. Os indivíduos com perturbações da ansiedade ou do humor (depressão) tendem ainda a apresentar comorbidade com outras perturbações psicológicas e problemas de saúde física, mas em menor quantidade que os indivíduos que sofrem de ambas, ansiedade e depressão, em simultâneo (Niles et al. 2015).

Quem sofre de ansiedade tem maior probabilidade de ter doença autoimune e doenças neuro degenerativas, e também probabilidade de morrer mais cedo (Niles et al., 2015). Há ainda quem refira que sofrer de ansiedade e stresse cedo na vida causa envelhecimento celular acelerado (Okereke et al., 2012). Igualmente credível é que a existência de uma dada condição médica leve ao aumento da ansiedade devido às condições de desconforto associadas. Tem sido observado que existe uma relação bidirecional entre ansiedade e doença (Niles et al. 2015).

2.5 Stresse, ansiedade, depressão e desempenho no trabalho

As respostas de stresse podem afetar o desempenho. As respostas fisiológicas de stresse (respiração e ritmo cardíaco acelerados, suores, etc.), assim como as respostas psico-emocionais (medo, ansiedade, irritação, tensão, frustração, aumento de preocupação com o próprio e com os outros), constituem-se como fontes de distração para o desempenho de tarefas. As respostas cognitivas (distração, visão em túnel, maior tempo de resposta a estímulos, maior probabilidade de erros de raciocínio, perda de memória, atenção limitada) podem causar “perdas” de informação importantes para a execução da tarefa em mãos, resultando em perda de desempenho. As respostas sociais (tendência para ajudar menos os outros, maior agressividade, menor comportamento cooperativo) afetam o desempenho dos grupos (Driskell, et al., 1996).

O stresse gera ansiedade, hostilidade e depressão, que por sua vez afetam componentes do desempenho do trabalho, nomeadamente a tolerância à frustração, a exatidão, a sensibilidade interpessoal e o altruísmo (Motowidlo, Manning, & Packard, 1986).

Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão no trabalho são as cargas elevadas de trabalho, gestão insensível (às necessidades dos trabalhadores), má comunicação (entre colegas de trabalho e/ou a gestão), fracas relações laborais, pouca consciência acerca do estado da saúde mental do trabalhador e, ainda, o estigma face aos transtornos psicológicos (Haslam, et al., 2005) – Figura 3.

A ansiedade também afeta o desempenho. Em geral, quanto mais graves os sintomas de ansiedade mais baixo é o desempenho. A ansiedade surge associada a piores relações interpessoais e a menores resultados no trabalho (Erikson et al., 2009). Os transtornos afetivos e de ansiedade demonstram ser importantes fatores de influência na perda de produtividade e de desempenho no trabalho (e.g. Lim, Sanderson, & Andrewa, 2000; Erikson et al., 2009).

A depressão por si só causa maiores perdas de desempenho do que a ansiedade (Waghorn et al., 2006). A depressão surge associada a perdas de desempenho em tarefas mentais-interpessoais e em tarefas físicas, à má gestão do tempo e a menores resultados (Adler et al., 2006).

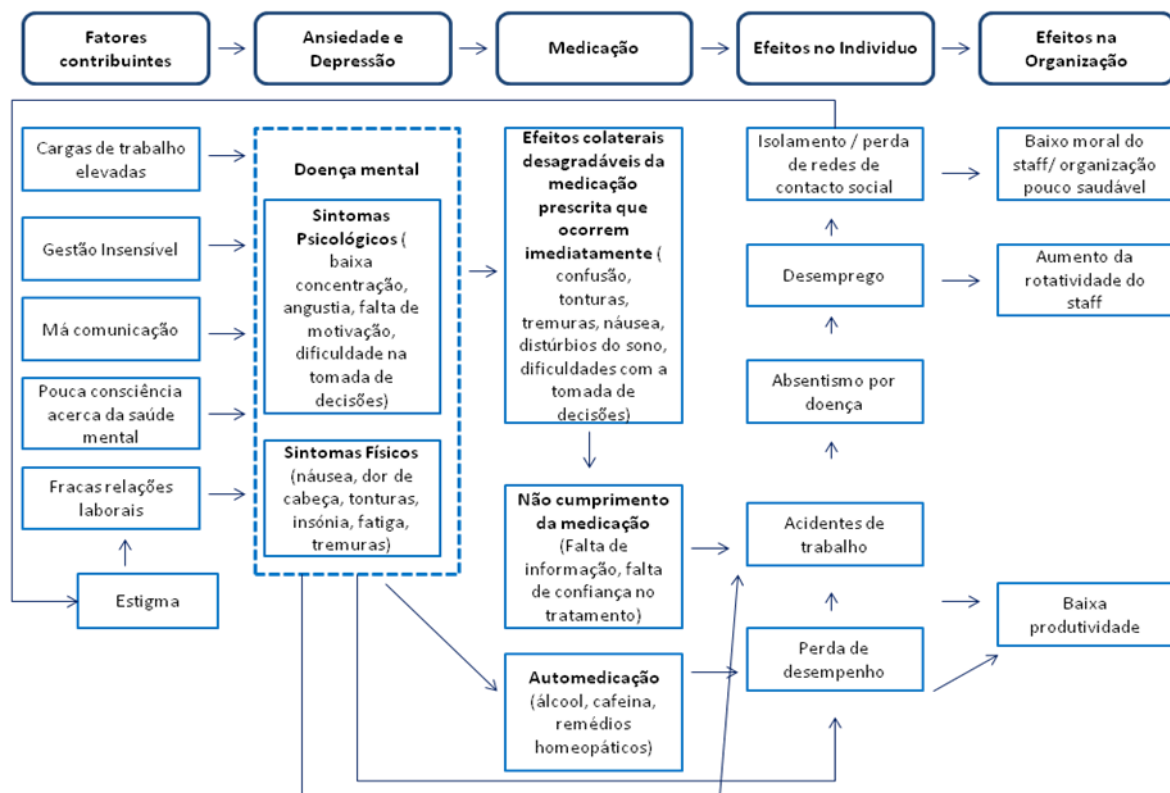


Figura 3 - Modelo esquemático dos fatores que contribuem para a ansiedade e a depressão e o impacto dessas condições no trabalho (Haslam et al., 2005)

Os indivíduos que sofrem de ansiedade e depressão diminuem o seu desempenho e experienciam reações emocionais, comportamentais e físicas, as quais os fazem sentir afastados da comunidade de trabalho e isolados, afetando também o seu bom funcionamento nas atividades do dia-a-dia (Bertilsson, Petersson, Östlund, Waern, & Hensing, 2013; Plaisier et al., 2010). A mente fica hipersensível e pedidos ou estímulos externos (como por exemplo sons altos) para além do costume, pelo que há uma redução instantânea na capacidade de realizar trabalhar (Bertilsson et al., 2013).

Os principais sintomas que levam a falta de desempenho devido à ansiedade são a preocupação, inquietação, e na depressão são o humor depressivo e a dificuldade em pensar e tomar decisões. A fadiga, o sono perturbado e a baixa concentração, falta de motivação, emoções em extremos opostos, confusão e dificuldade na tomada de decisões são comuns a esses dois transtornos (Haslam, Atkinson, Brown, & Haslam, 2004).

Os sintomas da depressão agravam-se ao longo do dia, de modo que à medida que o tempo avança as pessoas têm mais dificuldade de concentração (Wang et al., 2004).

Os sintomas físicos da ansiedade e da depressão (como náuseas, problemas cardíacos, dores de cabeça, tonturas, falta de energia, tremuras, problemas de coluna e visão), para além de diminuírem o desempenho dos indivíduos, podem ainda aumentar a probabilidade de acidentes no trabalho (Edwards, 1995; Niles et al. 2015).

Tanto a medicação psicotrópica como a não cooperação com a mesma podem igualmente diminuir o desempenho e aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes no trabalho, devido às alterações que podem provocar nos indivíduos. Essas alterações, semelhantes aos próprios sintomas de ansiedade e depressão, são a diminuição do estado de alerta, o baixo controlo e coordenação motora, a falta de atenção e concentração, dificuldades de raciocínio e tomada de decisões, as náuseas, tonturas e sonolência (Potter, 1990; Edwards, 1995; Haslam et al., 2005).

No entanto, o não tratamento das doenças psicológicas afeta ainda mais, de forma negativa, o desempenho e a probabilidade de acidentes do que os efeitos da medicação, já que, por norma, passada uma fase de adaptação, os sintomas da medicação acabam por desaparecer (Potter, 1990; Edwards, 1995; Haslam et al., 2005). Alguns indivíduos param de tomar a medicação ou tomam-na em doses menores do que as prescritas, por não sentirem melhoras nos sintomas, por sentirem efeitos colaterais e/ou por preocupações com a possibilidade de ficarem dependentes. Muitos destes casos devem-se à falta de informação sobre os medicamentos (Haslam et al., 2005).

O recurso à autoajuda, nomeadamente à automedicação, que pode passar pelo consumo de álcool (para aliviar os sintomas), pode dar origem a acidentes e tornar os indivíduos num perigo para o trabalho. A toma de produtos herbais, que frequentemente envolve doses superiores ao recomendado, pode interagir (tal como o consumo de álcool) com os medicamentos que estão a ser tomados em simultâneo, diminuindo os seus efeitos ou causando efeitos adversos (Bolton, Robinson, & Sareen, 2009; Haslam et al., 2005; Kales, Blow, Welsh, & Mellow, 2004).

Pessoas com problemas psicológicos têm mais dificuldade em faltar ao trabalho por causa da doença do que as com problemas físicos, assim continuam a aparecer para trabalhar e têm mais dificuldade em assumir a necessidade de procurar tratamento (Dewa & Lin, 2000). As pessoas que sofrem de ansiedade têm menos dias faltados do que aquelas que sofrem de depressão, enquanto que as pessoas com ambas, depressão e ansiedade, têm por norma mais absentismo, isto é, muitos dias faltados e aumento das baixas por doença (Lim et al., 2000;

Plaisier et al., 2010). O período de ausência é tanto maior quanto maior for a gravidade do transtorno (Plaisier et al., 2010).

Devido à falta de energia, os indivíduos com ansiedade e/ou depressão cortam nas atividades de lazer e sociais para conseguirem ter forças para trabalhar. Mas como a falta de energia diminui o seu desempenho, isto faz ainda com que sintam que sobrecarregam os colegas por não trabalharem (Bertilsson et al., 2013). Estes factos influenciam as poucas relações sociais existentes no trabalho (Erikson et al., 2009). Na depressão há maior ocorrência de falta de energia, concentração e funcionamento geral no trabalho do que na ansiedade. As pessoas podem demorar anos a recuperar de episódios de depressão e os seus subterfúgios podem influenciar o trabalho e as suas relações laborais (Plaisier et al., 2010).

Após um grande período de absentismo, o retorno ao trabalho pode piorar os sintomas depressivos, no caso das pessoas pensarem que o trabalho é o lhes está a causar a doença ou a tornar os sintomas piores. Os indivíduos também têm preocupações relativamente a como voltar a relacionar-se com os colegas (Henderson, Harvey, Overland, Mykletun, & Hotopf, 2011).

A fadiga traduz uma resposta de stresse. Informando que o corpo está a ser sobre-usado, funciona como um alarme, atrasado, que aparece quando o corpo já dispôs de demasiada energia como consequência de sintomas depressivos. Para repor energia os indivíduos sentem necessidade de se isolar/afastar da sociedade (Porr, Olson, & Hegadoren, 2010).

As pessoas ansiosas e depressivas podem sentir-se estigmatizadas pelos colegas, dada a falta de compreensão de doenças do foro psicológico como a ansiedade e a depressão. Este estigma pode fomentar o isolamento das pessoas que sofrem destas doenças, quebrando contactos sociais, reduzindo a sua rede de apoio social, o que faz com que se afundem ainda mais em estados depressivos ou de ansiedade. O reconhecimento da ansiedade e da depressão como doenças ou perturbações da saúde genuínas, seria o primeiro passo para se lidar, de modo adaptativo, com estas e outras doenças mentais no trabalho (Haslam, et al., 2005; Bertilsson, et al. 2013).

Os trabalhadores que sofrem de problemas psicológicos, ao ficarem desempregados e começarem novos trabalhos, apresentam limitações no desempenho e faltam ao trabalho. Por norma, essas pessoas, quando mudam de emprego ficam a ganhar menos (Lerner et al., 2004). A falta de desempenho é uma das causas para perder o emprego. As pessoas com depressão têm dificuldade em gerir o seu tempo, as exigências a nível mental e interpessoal no trabalho e

os resultados exigidos (Lerner et al., 2004). Respostas de stresse ocorrem quando o esforço produzido no trabalho não coincide com as recompensas em termos de pagamento, autoestima e sentimento de realização (Henderson et al., 2011).

O desemprego pode causar resultados adversos na depressão, como baixo desempenho, discriminação, posição de baixo estatuto, dificuldade em lidar com a pressão no trabalho, qualidade de tratamento e baixa antiguidade (Lerner et al., 2004).

Do ponto de vista dos empregadores, os trabalhadores com problemas de ansiedade e depressão podem originar três tipos de problemas: 1) os trabalhadores têm baixo desempenho e produtividade 2) mais tarde esses mesmos trabalhadores despedem-se ou são 3) no final o empregador fica com trabalhadores a menos, e o trabalho que estes faziam terá de ser compensado pelos restantes trabalhadores (Dewa et al., 2000). A consequente rotação de *staff* e a baixa moral dos trabalhadores, assim como a baixa produtividade daí decorrente, por sua vez têm impacto negativo nos níveis social e económico da empresa (Waghorn, et al., 2006).

O presentismo e absentismo podem ter início em eventos de doença agudos, episódicos ou crónicos (Johns, 2009). A maioria dos problemas médicos que afetam o presentismo são relativamente benignos, já que as doenças mais graves, por norma obrigam as pessoas a ficar em casa por períodos extensos e, portanto, a praticar absentismo. Assim, o presentismo surge mais relacionado com certas doenças crónicas (como sejam os episódios de alergias sazonais), a transtornos psicológicos (como depressão e ansiedade), a dores de costas, pescoço ou a problemas respiratórios (Aronsson, 2000; Hemp, 2004).

Gastos com a saúde devidos a problemas musculo-esqueléticos, respiratórios e de saúde mental surgem positivamente correlacionados com absentismo e presentismo (Goetzel et al., 2004). Já a associação do presentismo a doenças crónicas é fraca; as doenças crónicas como a diabetes ou eczema afetam pouco o trabalho. Há, todavia, uma forte associação a doenças crónicas debilitantes, como a artrite reumatóide, enxaqueca, entre outras (Hansen et al., 2008).

A depressão afeta muito o presentismo porque não é vista como sendo “má o suficiente” para se faltar ao trabalho (Johns, 2009). A depressão causa fadiga e irritabilidade, que reduz a capacidade de se trabalhar com outras pessoas, enquanto que artrite torna o trabalho manual mais difícil (Hemp, 2004).

As exigências do trabalho e o *burnout* são importantes fatores (causais) que influenciam o presentismo. Assim, para reduzir o presentismo é necessário avaliar e melhor projetar as

exigências do trabalho de modo que estas não tenham efeitos negativos na saúde dos trabalhadores. Desenvolver uma cultura de apoio aos trabalhadores, nomeadamente procurar desmontar a crença ou tabu de que não se deve faltar ao trabalho quando se está doente, deverão constituir contributos para reduzir o presentismo (Demerouti, et al., 2008).

Em Portugal, uma costureira que trabalhe na indústria têxtil por norma ganha o salário mínimo nacional e existem algumas empresas que atribuem prémios de assiduidade (se não faltarem) e de produtividade (se cumprirem o número de peças estabelecidas por dia, semana ou mês). Tais bónus podem induzir ainda mais stresse nestes trabalhadores, para além daquele que já está implícito neste tipo de trabalho repetitivo, rápido e monótono associado a uma série de problemas físicos, principalmente a lesões musculares (Brisson, et al., 1989; Sealetsa, et al., 2011). Problemas que afetem o sistema locomotor provocam dificuldades na execução de qualquer tipo de tarefa (Leino, 1989). É então previsível que o stresse nas costureiras afete negativamente o seu desempenho.

3 Metodologia

3.1 Amostra e procedimento

Neste estudo empírico, que incidiu sobre a população de costureiras do setor têxtil português, a recolha de dados consistiu, essencialmente, na aplicação de um inquérito.

Nesse sentido, foram contactadas várias fábricas da indústria têxtil. Pelo facto de uma grande parte da população empregada na indústria têxtil se situar na região norte de Portugal, considerou-se esta região o local mais adequado para desenvolver o estudo. Cerca de 17 fábricas foram contactadas por telefone, com o objetivo de solicitar colaboração no estudo. A receptividade por parte das fábricas foi reduzida. Apenas cinco aceitaram. Depois de acordado com a gestão ou as chefias, foi feita uma visita às instalações destas fábricas.

As fábricas, para darem permissão de serem distribuídos os inquéritos às trabalhadoras, estabeleceram como condição que a participação destas no estudo não afetasse o seu tempo de trabalho, ou seja, exigiram que o preenchimento não fosse realizado durante o horário de trabalho, incluindo os intervalos das trabalhadoras. Assim, os inquéritos foram distribuídos às trabalhadoras-costureiras dessas fábricas e foi-lhes pedido que respondessem em casa e os devolvessem preenchidos nos dias seguintes. Não foi possível, neste estudo, a investigadora acompanhar as participantes durante a aplicação do questionário, e houve pouca oportunidade de dar indicações sobre o preenchimento ou para esclarecer dúvidas. Nalgumas fábricas, inclusivamente, não foi dada permissão à investigadora para contactar as trabalhadoras; nestes casos foram as próprias chefias que se comprometeram a entregar e recolher os inquéritos, e os enviaram, mais tarde, por correio, para a investigadora.

A amostra é constituída por 117 indivíduos, empregadas em cinco fábricas localizadas na Região Norte de Portugal. A Tabela 1 apresenta a caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo. Todas as respondentes são mulheres, com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos (média de 42 ± 7 anos). As habilitações variam entre o 2º e o 12º ano de escolaridade (média de $7,3 \pm 2,2$ anos de escolaridade), o agregado familiar tem entre 2 e 5 elementos (média de $3,4 \pm 0,8$) e as participantes têm entre 0 e 3 filhos (média $1,6 \pm 0,8$ filhos)

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (N total=117): média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo da idade, habilitações, dimensão do agregado familiar e número de filhos das participantes.

	Idade (anos)	Habilitações (anos de escolaridade)	Agregado Familiar	Nº de Filhos
N válido	116	110	114	109
Omisso	1	7	3	8
Média	42,3	7,3	3,4	1,6
Mediana	43	6	3	2
Moda	43	6	4	2
Desvio Padrão	6,8	2,2	0,8	0,8
Mínimo	21	2	2	0
Máximo	60	12	5	3

Somente cerca de 20% das participantes têm um rendimento familiar superior a 1000€ (entre 1000 e 2500€) por mês; para a larga maioria (79%), a família tem rendimentos entre 500 e 1000€ ; em 7% dos casos, o rendimento familiar é inferior a 500€ , conforme aparece descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Rendimento familiar das participantes por categorias.

	Frequência	% válida	% Cumulativa
Até 500€	8	7,1	7,1
Entre 500€ e 1000€	81	71,7	78,8
Entre 1000€ e 2500€	24	21,2	100
Total	113	100	
N Omisso	4		
N Total	117		

3.2 Medidas de avaliação

3.2.1 Instrumentos de auto-relato

O inquérito incluiu três escalas de auto-relato – Escala de Ansiedade Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21), *Work Limitations Questionnaire* de 8 itens (WLQ-8) e *Stanford Presenteeism*

Scale (SPS-6). Continha também um conjunto de perguntas para caracterização socio-demográfica da amostra (como idade, escolaridade, nº de filhos, rendimento do agregado familiar) e do estado de saúde das participantes (doenças diagnosticadas e medicação).

Em cada fábrica, foram ainda recolhidas informações referentes a políticas de gestão praticadas para promoção do desempenho das costureiras, nomeadamente a existência (ou não) de bónus ou prémios de produtividade.

A escala EADS-21 mede stresse, ansiedade e depressão; as outras duas escalas, WLQ-8 e SPS-6, são ambas medidas de presentismo (ou seja, medidas de afetação do desempenho). Foram utilizadas estas duas escalas de presentismo porque os subfactores de ambas se complementam.

O stresse, a ansiedade e a depressão têm sintomas que por norma se sobrepõem. Estas condições psicológicas afetam-se mutuamente: quem sofre de stresse tem mais propensão para sofrer também de ansiedade e depressão e vice-versa (Lader, 1994; Motowidlo, et. al. 1986; Pais- Ribeiro et al., 2004). Assim, utilizou-se, neste estudo, um instrumento de auto-relato (EADS) que avalia simultaneamente estas três condições psicológicas, desenhado e validado para identificar a presença dos sintomas especificamente relacionados com cada uma dessas condições, e que se encontra validado para a população portuguesa (Pais- Ribeiro et al., 2004).

Há várias escalas de avaliação desenvolvidas e validadas para medir o presentismo. Todavia, apenas duas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa – as escalas WLQ-8 e SPS-6. As quais, como mencionado anteriormente, são utilizadas neste estudo.

Descrevem-se, seguidamente, os instrumentos de avaliação usados.

1) Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse - EADS-21

Desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004), a escala de ansiedade, depressão e stresse, conhecida por EADS, propunha-se cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, juntamente com o fator stresse (comum às duas condições anteriores).

Na EADS assume-se que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, assume-se que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse experienciadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Deste modo,

os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as (sub) escalas do seguinte modo:

- Depressão: perda de auto-estima e de motivação, e associação com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa.
- Ansiedade: salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo.
- Stresse: sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Existem duas versões da EADS: a versão de 42 itens e a versão reduzida de 21 itens. Foi, para o presente estudo, escolhida a versão da escala de 21 itens, na qual cada uma das três sub-escalas da EADS é constituída por 7 itens. Cada item consiste numa frase (uma afirmação) que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se aos sujeitos que respondam em que medida cada afirmação se lhe aplicou durante o último mês. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert de 4 pontos (de 0 a 3: 0. “não se aplicou nada a mim”, 1. “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2. “aplicou-se a mim muitas vezes” 3. “aplicou-se a mim maior parte das vezes”). A pontuação de cada subescala ou fator corresponde à soma das pontuações dos respetivos itens.

A versão portuguesa da escala EADS-21 tem consistência interna elevada (Alfa de Cronbach) elevada (0,85 para a depressão, 0,74 para a ansiedade e de 0,81 para o stresse) (Pais Ribeiro et al., 2004).

2) Work Limitations Questionnaire – WLQ-8

O questionário sobre limitações no trabalho (WLQ) foi adaptado à população portuguesa a partir de uma versão inicial com 25 perguntas, elaborado por Lerner et al. (2001).

A versão original foi desenvolvida com o objetivo de medir o impacto de problemas de saúde no trabalho (limitações no trabalho). Inclui quatro dimensões, fatores ou subescalas: 1) gestão do tempo (dificuldades de lidar com o tempo de trabalho e exigências do horário de trabalho); 2) capacidade para realizar trabalho físico (capacidade para desempenhar tarefas

que exigem força corporal, movimento, resistência, coordenação e flexibilidade); 3) concentração e relacionamento interpessoal (capacidade de lidar com tarefas de exigência cognitiva e interação social); e 4) capacidade para atingir objetivos (lidar com baixa produtividade) (Lerner et al., 2001).

A versão reduzida da escala WLQ, adaptada por Ozminkowski e Cols (2004), apresenta somente 8 itens de auto-relato, ancorados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (de 1 a 5: sendo que 1 corresponde a “nenhuma parte do tempo (0%)” e 5 a “todo o tempo (100%)”). Esta versão reduzida da escala – WLQ-8 - tem sido considerada uma boa medida para avaliar o impacto das doenças crônicas em contexto de trabalho (Ferreira, Martinez, Sousa, & Cunha, 2010).

O cálculo da pontuação de cada fator é feito através da média das pontuações dos itens que correspondem a cada uma das quatro dimensões ou fatores de acordo com Lerner, Rogers, & Chang (2009). O fator gestão de tempo corresponde aos itens 1 e 2, a concentração e relacionamento interpessoal corresponde aos itens 3 e 4, a capacidade de atingir objetivos aos itens 5 e 6 e, por último, a capacidade de realizar trabalho físico corresponde aos itens 7 e 8, os quais têm a orientação ou pontuação invertida. O cálculo do fator global da escala –Presentismo-WLQ8 – foi também calculado com base no algoritmo fornecido por Lerner et al. (2009) assim como a correspondente percentagem de perda de produtividade. Foi pedida autorização aos autores para utilização da escala e respetivo manual de código de cálculo a qual foi concedida mediante a assinatura de uma licença de utilização confidencial.

A versão portuguesa da escala WLQ-8 apresenta um coeficiente de fiabilidade interna (Alfa de Cronbach) de 0,9 (Ferreira, et. al., 2010).

Quanto mais elevadas forem as pontuações de cada fator, mais afetadas serão, ou mais dificuldades estarão associadas a cada uma dessas dimensões do desempenho. Pontuações elevadas no fator global da escala WLQ-8 também indicam que há elevada afetação do desempenho no trabalho e, portanto, presentismo elevado.

3) Stanford Presenteeism Scale- SPS-6

A *Stanford Presenteeism Scale* foi desenvolvida para determinar a relação entre o presentismo, os problemas de saúde e a produtividade em populações de trabalhadores.

Pretende medir a capacidade dos trabalhadores de se concentrarem e trabalharem apesar dos seus problemas de saúde (Koopman et al. 2002).

O questionário incorpora o conceito de presentismo nas suas medidas de aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais da concentração. Isto engloba os processos e resultados do trabalho e a capacidade dos trabalhadores ultrapassarem a distração causada pelo problema de saúde enquanto alcançam os seus objetivos de trabalho (Koopman et al. 2002).

O questionário original continha 32 itens – SPS-32. A SPS-6 é uma versão reduzida de escala SPS-32.

A versão SPS-6 avalia as perdas de produtividade laboral através de dois fatores distintos: trabalho completado (TC) e distração evitada (DE). O primeiro fator incide nas causas físicas de presentismo e corresponde à quantidade de trabalho realizado sob efeito das causas de presentismo. O segundo fator prende-se com aspetos psicológicos e corresponde à quantidade de concentração mobilizada para produzir, quando existe um efeito de presentismo. Cada um destes fatores é avaliado por três itens, o que totaliza seis questões ancoradas numa escala com cinco modalidades de resposta (com valores correspondentes de 1 a 5; 1. “discordo totalmente” até 5. “concordo totalmente”) (Ferreira, et. al., 2010). O cálculo da componente de trabalho completo é feito através da média dos itens 2, 5 e 6, e para a componente da distração evitada é feita com a média dos itens 1, 3 e 4. Para o cálculo do fator global da escala – o presentismo SPS6 – é computada a média de todos os itens, tendo a componente das distração evitada a pontuação invertida.

A precisão das medidas relativa à versão portuguesa da escala SPS-6 é assegurada pelos valores elevados de consistência interna: *Alpha* de Cronbach de 0,78 para o trabalho completado, 0,82 para a distração evitada e de 0,89 para o fator global da escala (Ferreira et al., 2010).

Pontuações elevadas no fator trabalho completado, são indicadoras de baixa dificuldade em completar o trabalho, mesmo quando há problemas de saúde ou presentismo. Reciprocamente, valores baixos deste fator indicam que maior será a dificuldade em completar o trabalho devido a problemas de saúde. De modo similar, quanto maior for o valor da dimensão distração evitada, menor a concentração no trabalho (Cátia, 2014). No que se refere às pontuações do fator global desta escala, o presentismo SPS6, quanto mais

elevada for a pontuação, maior quantidade de trabalho realizado, ou seja, melhor foi o desempenho (menor o presentismo ou a dificuldade em realizar trabalho).

3.2.2 Dados socio-demográficos

Os dados demográficos recolhidos tinham como objetivo possibilitar a caracterização da amostra nomeadamente a idade, constituição do agregado familiar, habilitações literárias ou escolaridade, o rendimento mensal do agregado familiar e o local de residência.

Juntamente com os dados demográficos foram recolhidas informações sobre o estado de saúde das participantes do estudo: se tinham alguma doença física ou psicológica diagnosticada pelo médico; e, em caso afirmativo, era-lhes pedido para especificarem qual ou quais as doenças. Perguntava-se ainda se tomavam alguma medicação e, caso a resposta fosse afirmativa, também era pedido para especificarem o tipo de medicação seguida.

3.2.3 Cálculo da perda de salário

Para se ter uma ideia ou estimativa do impacto do presentismo, ou seja, da afetação do desempenho, nas fábricas que participaram neste estudo, foi calculada a perda média de salário mensal por indivíduo, utilizando para o efeito a pontuação obtida no fator perda de produtividade da escala WLQ-8.

A seguinte fórmula de cálculo foi utilizada para calcular o valor perdido por indivíduo:

$$\% \text{ da perda de produtividade (WLQ8)} \times 530$$

O valor do salário mínimo nacional é de 530 € , em vigor desde 1 de Janeiro de 2016; Diário da República, Decreto lei nr.254A/2015), que é por norma o vencimento das costureiras.

3.3 Tratamento de dados

As respostas aos inquéritos foram codificadas e reunidas numa base de dados. O tratamento dos dados foi feito com recurso ao software IBM SPSS Statistics 23.

Calcularam-se os estados de stresse, ansiedade e depressão (os três sub-factores gerais da EADS-21), e os níveis de presentismo medidos pelas escalas SPS-6 e WLQ-8 (adiante designados por presentismo-WLQ8 e presentismo-SPS6), assim como os valores correspondentes às respetivas subescalas ou fatores, de acordo com as pontuações obtidas e os itens correspondentes a cada fator.

Depois, foram calculadas as estatísticas descritivas (médias e desvios padrão) e determinadas correlações entre variáveis. Foram calculados os padrões de associações entre o seguinte conjunto de variáveis: as variáveis ou medidas do estudo e a idade, as habilitações, o nº de filhos, o agregado familiar, o rendimento familiar, o stresse, a ansiedade, a depressão, a gestão do tempo, a concentração e relações interpessoais, a capacidade de atingir objetivos, a capacidade de trabalho físico, o presentismo-WLQ8, o trabalho completado, a distração evitada e o presentismo SPS6.

No caso das variáveis correspondentes às escalas de auto-relato, calcularam-se valores de Alfa de Cronbach, de modo testar a fiabilidade ou consistência interna dos dados recolhidos. Os resultados obtidos para o Alfa de Cronbach (Tabela 3) mostraram uma boa consistência interna e elevada fiabilidade dos resultados de todas as escalas de auto-relato usadas neste estudo – subescalas da EADS-21, fator geral e subfactores da SPS-6, e fator geral e subfactores da WLQ-8. Na investigação em ciências sociais e humanidades, valores de alfa superiores a 0,7 indicam uma fiabilidade apropriada (Maroco, 2006).

Tabela 3 - Análise de confiabilidade (Alfa de *Cronbach*) das escalas WLQ-8 ,SPS6 e EADS e as suas respetivas subescalas.

Escalas e subescalas	Alfa de <i>Cronbach</i>
Gestão de Tempo	0,94
Concentração e relações interpessoais	0,85
Capacidade de atingir objetivos	0,94
Capacidade de realizar trabalho físico	0,91
Presentismo-WLQ8	0,83
Trabalho completo	0,87
Distração evitada	0,88
Presentismo-SPS6	0,83
Stresse	0,88
Ansiedade	0,84
Depressão	0,78

Foram também testadas as significâncias das diferenças entre grupos. Testaram-se diferenças entre o grupo “doentes” (participantes que responderam ter doença diagnosticada pelo médico)

e o grupo “não doentes” (participantes que responderam não ter doença diagnosticada pelo médico). Testaram-se ainda diferenças entre outros grupos, formados a partir de outros critérios. Assim, usando as pontuações obtidas para os estados de stresse, dividiram-se as participantes noutros dois grupos: grupo dos indivíduos com níveis normais ou leves e grupo dos indivíduos com níveis moderado, severo e muito severo (a linha de corte no valor 19), designados por “grupo stresse normal”/“grupo stresse severo”. Procedeu-se de igual modo para cada um dos outros dois sub-factores da escala EADS-21, resultando na formação dos pares de grupos “ansiedade normal”/“ansiedade severa” (linha de corte no valor 10) e “depressão normal”/“depressão severa” (linha de corte no valor de 14) tendo sempre como referência a classificação atribuída por Lovibond e Lovibond (1995). As diferenças entre grupos foram estimadas usando-se teste não-paramétricos (devido á diferença de tamanho dos grupos, ou seja, o N dos grupos).

4 Resultados

4.1 Caracterização da amostra

As taxas de resposta ao questionário variaram de fábrica para fábrica, situando-se, a percentagem de participantes/respondentes entre os 30% e os 60% do total de costureiras de cada fábrica, à exceção da fábrica 1, na qual apenas participaram 9% das trabalhadoras (Tabela 4).

Não se registaram diferenças significativas entre fábricas, para qualquer das variáveis demográficas, embora as costureiras da fábrica 4 tenham uma idade média mais elevada que as das restantes fábricas (muito semelhante na fábrica 3) e uma escolaridade média mais baixa, e as participantes da fábrica 5 sejam as mais jovens, tenham em média um menor agregado familiar, e até uma escolaridade média ligeiramente superior às das participantes das restantes fábricas (Tabela 4).

Tabela 4 - Número total de costureiras, número de participantes no estudo e percentagem e estatísticas descritivas (média e desvio padrão-DP) das variáveis demográficas por cada fábrica.

	Fábrica 1	Fábrica 2	Fábrica 3	Fábrica 4	Fábrica 5
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Nº. de costureiras	100	207	14	32	32
Nº de respondentes	9 (9%)	68 (33%)	7 (50%)	14 (44%)	19 (59%)
Idade	40,8±6,6	42,7±5,6	44,3±5,1	44,6±8,2	38,9±9
Habilitações	7,6±1,9	7,4±2	7±2	5,8±2,7	7,7±2,7
Agregado Familiar	3,2±0,7	3,4±0,8	3,7±0,5	3,2±0,8	1,4±1,1
Nº. de Filhos	1±0,8	1,6±0,7	2,1±0,4	1,5±0,8	1,4±0,9

Cerca de 34% das participantes responderam que tinham alguma doença ou problema físico ou psicológico diagnosticado pelo médico (16% não responderam a esta pergunta) – Tabela 5. As doenças mais mencionadas foram hipertensão, seguida de problemas físicos como tendinites e problemas de coluna, e problemas de foro psicológico, como depressão e ansiedade. Foram também mencionados, com alguma frequência, problemas como artrose, dores musculares e hipotireoidismo e, com baixa frequência, fibromialgia, diabetes, asma, anemia, hérnias, distímia,

arritmia cardíaca, dislipidemia, gastrite nervosa, enxaqueca e stresse. Nalguns casos existe comorbidade de doenças.

Tabela 5- Frequência da existência de doenças no grupo estudado.

	Frequência	%	% válida
NÃO	58	49,6	59,2
SIM	40	34,2	40,8
Total	98	83,8	100
N Omisso	19	16,2	
N Total	117	100	

Quanto ao consumo de medicação apenas se obtiveram 52 respostas (correspondente a 44% das participantes). Das costureiras que responderam a esta pergunta, cerca de 60% toma algum tipo de medicação, conforme aparece na Tabela 6. A medicação psicotrópica (toma de medicamentos ansiolíticos e anti-depressivos), para hipertensão e tiróide e para dores (anti-inflamatórios e analgésicos), foram as mais referidas. Houve ainda uma das participantes que não tendo respondido à pergunta do estado de saúde, respondeu afirmativamente à pergunta da medicação sem, contudo, ter especificado o tipo de medicamentos. Entre as participantes que responderam não estar doentes, houve duas que responderam afirmativamente sobre a medicação, especificando que tomavam a pílula.

Tabela 6- Frequência do consumo de medicação no grupo estudado.

	Frequência	%	% válida
NÃO	21	17,9	40,4
SIM	31	26,5	59,6
Total	52	44,4	100
N Omisso	65	55,6	
N Total	117	100	

Observou-se, nesta população feminina, uma tendência para a escolaridade (Habilitações) diminuir com a idade (correlação negativa média-alta muito significativa entre Idade e Habilitações). A idade também surgiu significativamente relacionada com a ocorrência de doença e problemas físicos ou psicológicos (Doenças): registou-se um ligeiro aumento da doença

com a idade (baixa correlação positiva entre Idade e Doenças). Ainda se pôde verificar que, nos indivíduos com menos habilitações literárias a incidência de doença é significativamente maior (baixa correlação negativa entre Doenças e Habilitações). Uma correlação positiva entre doença e consumo de medicamentos (Medicação), muito significativa, foi também registada (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlações entre a existência de doenças, o consumo de medicação, as habilitações literárias e a idade.

	Doenças	Medicação	Habilitações	Idade
Doenças	1			
Medicação	0,71**	1		
Habilitações	-0,26*	-0,12	1	
Idade	0,25*	0,11	-0,42**	1

(valores do coeficiente ρ ; * - correlação significativa ao nível 0,05 e ** - correlação muito significativas ao nível 0,01)

4.2 Níveis de Stresse, Ansiedade e Depressão

Entre as costureiras estudadas, a frequência (78%) de níveis ou estados de stresse considerados normais está abaixo da normalidade da população. A percentagem de costureiras com níveis leve, moderado e severo de stresse está ligeiramente acima da normalidade, embora o estado extremamente severo de stresse ligeiramente abaixo – Tabela 8. Estes resultados indicam que as costureiras da indústria têxtil em Portugal apresentam níveis de stresse aumentados, relativamente à normalidade da população.

A Tabela 8 revela que a percentagem de costureiras com níveis considerados normais de ansiedade é inferior à média da população; a frequência de níveis leves de ansiedade está ligeiramente elevada e de níveis moderado, severo e extremamente severo muito acima da normalidade da população. Estes resultados indicam que as costureiras apresentam níveis de ansiedade elevados, relativamente à normalidade da população.

À semelhança do stresse e da ansiedade, nas costureiras estudadas, a frequência de níveis de depressão normais também se situa abaixo da média da população, os níveis leve e moderado encontram-se acima da normalidade, embora os estados severo e extremamente severo estejam

abaixo (ver Tabela 8). Estes resultados indicam que as costureiras apresentam estados depressivos ligeiramente aumentados relativamente à normalidade da população.

Tabela 8 - Fatores depressão, ansiedade e stresse: percentagem de indivíduos que pontuaram entre os níveis de stresse considerados normal a extremamente severo (de acordo com a classificação proposta por Lovibond & Lovibond, 1993).

	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremamente Severo
	(0-14)	(15-18)	(19-25)	(26-33)	(+34)
Stresse	77,8%	9,4%	8,6%	3,5%	0,9%
	(0-7)	(8-9)	(10-14)	(15-19)	(+20)
Ansiedade	66,4%	10,3%	12,1%	4,3%	7%
	(0-9)	(10-13)	(14-20)	(21-27)	(+28)
Depressão	68,4%	12%	17,9%	0	1,8%

4.3 Valores obtidos nas medidas de Presentismo: WLQ-8 e SPS-6

No que se refere ao presentismo, os resultados obtidos com a aplicação da escala WLQ-8 e resumidos na Tabela 9 mostram que durante parte do tempo as costureiras têm facilidade em realizar trabalho físico (capacidade para desempenhar tarefas que exigem força corporal, movimento, resistência, coordenação e flexibilidade) (28,74% de tempo têm dificuldade). Paralelamente, durante parte do tempo (58,87%) as costureiras têm dificuldade em gerir o tempo (dificuldade em gerir o seu horário de trabalho e a sua função), dificuldade de concentração (capacidade de estar concentradas nas tarefas) e de ter relações interpessoais (capacidade de lidar com tarefas de exigência cognitiva e de interação social) (51,82%) e de atingir os seus objetivos (lidar com baixa produtividade) (57,05%) - Tabela 9.

O valor médio obtido para o fator geral da escala, o Presentismo-WLQ8, de 14,88% corresponde, a uma perda de produtividade de 13,5 % (o que implicaria, segundo Lerner et al. (2002) um aumento de 16,2% de horas de trabalho para compensar a produtividade perdida, quando comparado com os valores normalizados - valores médios obtidos para uma população de trabalhadores saudáveis).

Tabela 9 – Estatística descritiva (média e desvio padrão) da escala WLQ-8 e respectivas subescalas.

	Média	Desvio Padrão
Gestão do Tempo	58,87	40,87
Concentração e relações interpessoais	51,82	35,52
Capacidade de atingir objetivos	57,05	37,76
Capacidade de realizar trabalho físico	28,74	31,24
Presentismo-WLQ8	14,88	8,7
Perda de Produtividade	13,5	7,66

Já o valor médio do fator global da escala de presentismo-SPS6 é elevado, significando que o desempenho é pouco afetado em situações difíceis (de doença), ou seja, que as costureiras trabalham relativamente pouco afetadas pelo presentismo. A Tabela 10 mostra que, em média, as costureiras têm um valor de trabalho completado (subescala SPS-6) relativamente alta, ou seja, têm pouca dificuldade em completar o seu trabalho devido aos seus problemas de saúde. No fator distração evitada registou-se um valor médio baixo, o que significa que as trabalhadoras têm uma concentração no trabalho relativamente boa e que esta não é muito afetada pelos problemas de saúde.

Tabela 10 - Distribuição dos valores da escala SPS-6 e das respectivas subescalas.

	Trabalho Completo	Distração evitada	Presentismo-SPS6
N	117	117	117
Média	3,76	2,64	3,56
Desvio Padrão	1,23	1,25	0,70

Foi estimado o valor de salário perdido devido ao presentismo, utilizando a percentagem de perda de produtividade, calculada a partir da escala WLQ-8, e obteve-se uma perda média de salário de 71,55€ ,

4.4 Valores médios das escalas e subescalas para trabalhadoras “doentes” e “não doentes”

No grupo de costureiras que disseram ter doenças ou problemas psicológicos, os estados de stresse, ansiedade, depressão e a idade são significativamente mais elevados que no grupo das que respondeu não ter doenças. No grupo das “não doentes”, o stresse, ansiedade e depressão apresentam valores normais; no grupo das “doentes”, a ansiedade apresenta níveis leves e o stresse e a depressão, apesar de se situarem no intervalo dos valores considerados normais, são um pouco superiores aos das “não doentes” – Tabela 11.

Tabela 11 Comparação entre grupos de costureiras Doentes (N=40) e Não Doentes (N=58): média e desvio-padrão (DP) e significância das diferenças entre grupos

	Não Doente	Doente	Sigma	(p)
	Média ± DP	Média ± DP		
Gestão de Tempo	51,08±42,74	62,81±37,81	0,177	
Concentração e relações interpessoais	44,83±36,73	55,62±32,64	0,109	
Capacidade de atingir objetivos	49,35±40,45	62,81±32,21	0,110	
Capacidade de realizar trabalho físico	31,25±36,14	31,25±27,74	0,431	
Presentismo-WLQ8	13,11±9,06	16,14±7,77	0,055	
Trabalho completado	3,39 ±1,46	4,23 ±0,67	0,013*	
Distração evitada	2,22 ± 1,22	3,27 ±1,15	0,00**	
Presentismo-SPS6	3,58 ± 0,71	3,48 ± 0,65	0,861	
Stresse	7,68 ± 7,14	12,75 ±8,93	0,007*	
Ansiedade	4,60 ± 5,42	9,2 ±8,11	0,001**	
Depressão	4,59 ± 5,98	9,40 ±7,94	0,001**	
Idade	41± 6	44±6	0,011**	

(p =sigma do teste de Mann Whitney para amostras independentes; * - diferenças significativas ou $p < 0,05$ e ** - diferenças muito significativas ou $p < 0,005$)

Tanto o “trabalho completado” como a “distração evitada” são significativamente mais elevados no grupo das costureiras “Doentes”. O grupo das “não doentes” tem maior dificuldade em terminar o seu trabalho devido ao presentismo (embora o valor seja baixo) do que o grupo das “doentes”, embora estas últimas tenham maior dificuldade em se concentrar do que o grupo das “não doentes” (valores mais elevados de “distração evitada”) -Tabela 11.

O valor do presentismo-SPS6 é mais elevado nas costureiras “Não-doentes”, significando que o seu desempenho é menos afetado pelo presentismo que no grupo das “doentes”, embora estas diferenças entre grupos não sejam significativas. Contrariamente, o valor obtido para o presentismo-WLQ8 é tendencialmente mais elevado nas costureiras do grupo “Doentes”, embora que isso signifique, e confirme, que neste grupo o desempenho é mais afetado - Tabela 11.

4.5 Correlação entre todas as escalas, subescalas e a variável Doenças

Como se pode observar na Tabela 12, obtiveram-se correlações positivas elevadas e muito significativas entre as variáveis stresse, ansiedade e depressão. Stresse, ansiedade e depressão também surgem positiva e significativamente associados com a ocorrência de doença.

Observou-se que os diferentes fatores de ambas as escalas WLQ-8 e SPS-6 têm elevadas correlações entre si, o que vem reforçar a ideia da fiabilidade ou validade dos resultados obtidos pela utilização destas escalas – Tabela 12.

Os fatores “capacidade de gestão de tempo”, “concentração e relações pessoais”, “capacidade de atingir objetivos” e o fator geral Presentismo-WLQ8 não têm qualquer correlação com as variáveis stresse, ansiedade e depressão. No entanto, o fator trabalho físico está correlacionado com as estas três variáveis - Tabela 12.

O fator “trabalho completado” não tem correlação com as variáveis stresse, ansiedade ou depressão, no entanto o fator “distração evitada” está correlacionada com qualquer uma delas, e o fator geral presentismo-SPS6 está correlacionado negativamente com a ansiedade e a depressão- Tabela 12.

Tabela 12 Valores e significância das correlações entre, gestão de tempo, concentração no trabalho, capacidade de atingir objetivos, capacidade de realizar trabalho físico, presentismo-WLQ8, trabalho completo, distração evitada, presentismo-SPS6, stresse, ansiedade, depressão e doenças.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Gestão de Tempo	1											
2. Concentração e relações interpessoais	0,879**	1										
3. Capacidade de atingir objetivos	0,903**	0,920**	1									
4. Capacidade de realizar trabalho físico	- 0,367**	-0,384**	-0,398**	1								
5. Presentismo-WLQ8	0,938**	0,964**	0,973**	-0,287**	1							
6. Trabalho completo	0,246**	0,213*	0,238**	- 0,186*	0,225*	1						
7. Distração evitada	0,132	0,064	0,105	0,190*	0,128	0,365**	1					
8. Presentismo-SPS6	0,099	0,130	0,116	-0,334**	0,083	0,553**	-0,574**	1				
9. Stresse	0,053	0,043	0,017	0,212*	0,064	0,153	0,346**	-0,175	1			
10. Ansiedade	0,113	0,115	0,093	0,211*	0,141	0,115	0,424**	-0,281**	0,812**	1		
11. Depressão	0,098	0,068	0,048	0,270**	0,106	0,143	0,420**	-0,250**	0,817**	0,758**	1	
12. Doenças	0,141	0,151	0,176	0	0,173	0,331**	0,398**	-0,070	0,303**	0,325**	0,330**	1

(ρ =sigma do teste de Mann Whitney para amostras independentes; * - diferenças significativas ou $p < 0,05$ e ** - diferenças muito significativas ou $p < 0,005$)

4.6 Significância da diferença entre grupos de costureiras com distintos níveis de stresse, ansiedade e depressão

Tal como apresentado na Tabela 13, foram registadas algumas diferenças significativas entre grupos de costureiras com diferentes graus de stresse, ansiedade e depressão.

Tabela 13 – Valores da significância (sigma) das diferenças entre grupos de costureiras com distintos níveis de stresse, ansiedade ou depressão (elevada/severa e baixa/normal).

	Stresse	Ansiedade	Depressão
Gestão de Tempo	0,552	0,711	0,814
Concentração e relações interpessoais	0,651	0,820	0,808
Capacidade de atingir objetivos	0,501	0,931	0,504
Capacidade de realizar trabalho físico	0,068	0,055	0,004*
Presentismo-WLQ8	0,630	0,793	1
Trabalho completo	0,550	0,804	0,729
Distração evitada	0,089	0,001**	0,003*
Presentismo-SPS6	0,139	0,086	0,026*
Stresse	-	0**	0**
Ansiedade	0**	-	0**
Depressão	0**	0**	-
Idade	0,609	0,662	0,621

(p=sigma do teste de Mann Whitney para amostras independentes; * - diferenças significativas ou $p < 0,05$ e ** - diferenças muito significativas ou $p < 0,005$)

Na análise de diferença entre grupos de stresse severo e normal, somente os estados de ansiedade e depressão são significativamente diferentes, sendo que a ansiedade é baixa ($4,5 \pm 4,6$) para o grupo de “stresse baixo/normal” e severa ($19,1 \pm 9,9$) para o grupo de “stresse elevado/severo” e a depressão é normal ($4,82 \pm 5,35$) para o grupo de “baixo stresse” e moderada ($17,47 \pm 7,1$) para o grupo de “stresse elevado”. Também se observou que as diferenças entre grupos no que se refere ao “trabalho físico” e “distração evitada” são tendencialmente significativas. No grupo de “baixo stresse”, o “trabalho físico” foi realizado com facilidade durante a maior parte do tempo ($26,84 \pm 30,54$) e a “distração evitada” foi moderada

(2,56±1,26). Já no grupo de “stresse elevado”, o “trabalho físico” foi realizado com facilidade durante cerca de metade do tempo (41,67±33,96) e a “distração evitada” foi alta (3,2±1,05).

Entre os grupos de costureiras com ansiedade elevada/severa e baixa/normal registaram-se diferenças significativas nas variáveis stresse e depressão, e na “distração evitada”. No grupo de costureiras com “ansiedade baixa”, a “distração evitada” é moderada (2,45±1,25). No grupo com “ansiedade elevada”, as costureiras mostraram ter maior dificuldade em se concentrarem no trabalho (“distração evitada” mais elevada) (3,4±0,93). As diferenças entre grupos são tendencialmente significativas no que se refere à “capacidade de realizar trabalho físico”, sendo que quem tem “ansiedade baixa” teve facilidade em “realizar o trabalho físico” durante a maior parte do tempo (26,63±31,24) e quem tem “ansiedade elevada” teve facilidade metade do tempo (38,02±30,28).

Entre os grupos de costureiras com depressão elevada/severa e baixa/normal foram observadas diferenças significativas nas variáveis stresse e ansiedade, “capacidade de realizar trabalho físico”, “distração evitada” e presentismo-SPS6. No grupo com níveis de “depressão baixa/normal” registou-se facilidade em realizar o “trabalho físico” durante a maior parte do tempo (25,49±30,11) “distração evitada” moderada (2,51±1,24) e stresse (7,53±6,42) e ansiedade (4,39±4,66) em níveis normais, enquanto o grupo com depressão elevada teve facilidade em realizar o “trabalho físico” durante metade do tempo (50,83±30,79), elevada “distração evitada” (maior dificuldade em se concentrar) (3,56±0,94), stresse moderado (22,8±6,41) e ansiedade de nível severo a extremamente severo (19,6±8,66).

Nas costureiras com “depressão elevada” registou-se maior presentismo (3,12±0,51) que nas costureiras com “depressão normal” (3,62±0,7), sendo estas diferenças significativas no caso do Presentismo-SPS6 (quanto mais elevado o valor do fator Presentismo-SPS6 melhor foi o desempenho e menor o presentismo). Significativamente mais elevadas nas mulheres do grupo “depressão elevada” são os estados de stresse e ansiedade. As diferenças situam os grupos, quanto à ansiedade, nas categorias normal-baixa e severa-muito severa; e quanto ao stresse no moderado-severo e normal.

Apesar do presentismo medido pela escala SPS-6 aparecer negativamente correlacionado com ansiedade e depressão, somente nas costureiras com “depressão severa” o presentismo é significativamente maior que nas costureiras com “depressão normal”. Ansiedade diferencia

muito claramente costureiras com depressão severa a muito severa, de costureiras com níveis de depressão normais-baixos, mas não diferencia baixo de elevado presentismo-SPS6.

Refira-se ainda que se observou uma grande variabilidade entre indivíduos, nesta amostra. Nomeadamente os elevados desvios padrão de algumas das variáveis relativamente ao seu valor médio, como são os casos de stresse, ansiedade e depressão, e presentismo, e os valores máximos e mínimos obtidos, espelham a grande dispersão de valores e a variabilidade dentro da amostra.

5 Discussão

Neste estudo observou-se que uma proporção elevada de costureiras da indústria têxtil em Portugal tem alguma doença ou problema físico ou psicológico diagnosticado pelo médico e que parte delas tomam algum tipo de medicação. Aliás, a doença e o consumo de medicamentos surgem significativamente associados, como seria expectável. A existência de doença aparece também positivamente correlacionada com a idade, o que está de acordo com o registado anteriormente por Brisson et. al., (1989), ao estudar trabalhadoras da indústria da confeção de vestuário no Canadá. Estes autores justificam o aparecimento de dores e problemas musculares com o facto de as costureiras passarem muito tempo a trabalhar na mesma posição, durante vários anos.

Nas costureiras participantes deste estudo, a doença surge ainda inversamente associada à escolaridade, ou seja, os resultados indicam que há maior incidência de doenças e problemas físicos ou psicológicos entre as costureiras com menores habilitações literárias. Segundo Culter e Lleras-Muney (2006), indivíduos com pouca saúde quando jovens faltam mais à escola e mesmo quando presentes têm maior dificuldade em aprender, e assim, crianças doentes têm maior probabilidade de se tornarem adultos doentes. Estes autores, afirmam também que indivíduos inteligentes têm maior probabilidade de frequentar mais a escola e de tomarem melhor conta de si próprios, diminuindo a probabilidade de terem problemas de saúde quando se tornarem adultos. Além disso, pessoas com maior nível de habilitações literárias têm acesso a melhores postos de trabalho e a melhores salários, o que lhes possibilita um mais fácil acesso a melhores cuidados de saúde, diminuindo assim a probabilidade de terem doenças. Estes autores ainda mencionam que, quando se utiliza o auto relato relativamente ao estado de saúde, há uma grande probabilidade de os participantes não terem conhecimento das doenças que têm, facto que também pode estar relacionado com o seu nível de escolaridade. Ora, a idade e habilitações das costureiras da indústria portuguesa aqui estudadas estão também negativamente correlacionados. E, dado tratar-se, o trabalho das costureiras, de trabalho não especializado, pouco exigente em termos de escolaridade, e dos níveis de escolaridade em Portugal terem aumentado as últimas décadas (DGEEC, 2015), esse facto poderá, por si só, justificar a mais baixa escolaridade das costureiras mais velhas, ou a maior escolaridade das costureiras mais

novas. A associação negativa entre idade e escolaridade, ajuda a explicar também a relação inversa entre escolaridade e doença.

As doenças mencionadas com maior frequência pelas participantes são hipertensão seguida de problemas físicos, como tendinites e problemas de coluna, e problemas de foro psicológico, como ansiedade e depressão. São mencionados ainda, com alguma frequência, problemas como artrose, dores musculares e hipotireoidismo e com baixa frequência a diabetes, asma, anemia, hérnias, distímia, arritmia cardíaca, dislipidemia, gastrite nervosa, enxaqueca e stresse. O trabalho repetitivo, rápido e monótono das costureiras da indústria têxtil portuguesa surge, assim e como esperado, associado a um conjunto de problemas físicos, nomeadamente os músculo-esqueléticos, e psicológicos.

Em muitos dos casos, as participantes referiram mais que um problema de saúde, levando-nos a supor a comorbidade de doenças. Este conjunto de doenças-problemas de saúde relatado pelas participantes deste estudo, bem como a comorbidade, são coincidentes com as que são mencionadas frequentemente em outros estudos (Aronsson, et. al., 2000; Brisson et. al., 1989; Goetzl, et. al., 2004; Hansen et. al., 2008; Merrill, et. al., 2012; Wada, et. al., 2013). Por exemplo, parece ser frequente encontrar comorbidade de ansiedade e depressão com dores musculares, dores de cabeça ou problemas cardiovasculares, o que também se verificou no presente estudo.

Niles et. al. (2015) afirmam que a ansiedade e a depressão são frequentemente comorbidas entre si e com outras doenças, sendo que quem sofre de ansiedade e depressão simultaneamente, por norma, é quem apresenta maior número de problemas de saúde. As correlações positivas entre existência de doença (e toma de medicação) e stresse, ansiedade ou depressão obtidas para a presente amostra de costureiras portuguesas, apontam no mesmo sentido.

Os resultados indicam que neste grupo de trabalhadoras da indústria têxtil em Portugal, apesar da variabilidade entre respondentes, há níveis de stresse e depressão aumentados e níveis de ansiedade elevados, relativamente à normalidade da população (de acordo com Lovibond e Lovibond, 1993). A incidência de doenças, os níveis de stresse, ansiedade e depressão, bem como de presentismo podem classificar-se em geral como moderados a elevados nesta população. Apesar dos resultados indicarem que as costureiras mostram capacidade elevada de realizar trabalho físico (mesmo quando estão doentes), as perdas de produtividade por

presentismo foram estimadas na ordem dos 13,5%. Os custos decorrentes para as empresas, correspondentes à perdas de salário individual devido à afetação do desempenho causado pelo presentismo, poderão ser elevados. Os resultados apontam para que uma proporção considerável (entre 0 até 23,51%) do salário mensal de cada costureira possa ser “perdido” devido ao presentismo praticado. Ou seja, do ponto de vista da gestão, significa que as empresas poderão estar a gastar consideráveis quantidades de dinheiro em salário pouco produtivo (Wada, et al., 2013).

Assim, pode dizer-se que, relativamente ao primeiro objetivo deste estudo, os resultados obtidos fornecem um panorama geral sobre os níveis de stresse, ansiedade, depressão e presentismo encontrados numa amostra de costureiras, em Portugal. E, deste modo, constituem um contributo para melhor compreender a afetação (ou redução) do desempenho devido ao presentismo num grupo profissional do setor têxtil português e das suas implicações para a gestão.

Quanto ao segundo objetivo, estudar nesta população, a relação entre stresse, ansiedade, depressão e presentismo, num balanço geral pode dizer-se que as tendências que emergiram neste estudo estão, de uma maneira geral, de acordo com os resultados encontrados noutros estudos.

As elevadas correlações positivas obtidas entre as variáveis stresse, ansiedade e depressão na população estudada, vão de encontro ao esperado. Estas três variáveis apareceram ainda positivamente associadas à ocorrência de doença, na população estudada.

Nesta amostra, presentismo-WLQ8 e presentismo-SPS6 não estão significativamente correlacionados, já que estas medidas, aparentemente medindo o mesmo fenómeno, o exprimem em direções opostas. Além disso, presentismo-WLQ8 mostrou estar muito associado aos respetivos fatores (gestão do tempo, concentração na tarefa e concretização de objetivos) e também ao trabalho completado e à ansiedade. Embora o presentismo-WLQ8 seja tendencialmente superior nas costureiras doentes, nem o presentismo-WLQ8 nem o presentismo-SPS6 mostraram qualquer associação a doenças. Não se pode, pois, dizer que, na população estudada, a doença mostre estar diretamente associada ao presentismo.

O stresse surge, neste estudo, negativamente relacionado com presentismo-SPS6 apesar da correlação não ser significativa. Este padrão de correlação corresponde ao que tem sido

observado noutros estudos (por exemplo, Elstad, et. al. (2008) registaram que quanto maior o stresse, maiores são os níveis de presentismo).

Todavia, o que emerge mais claramente (de modo significativo) no presente estudo, é que quanto mais elevada é a ansiedade, mais afetado será o desempenho (menor será o valor do fator geral presentismo-SPS6 e mais elevado o valor do fator geral presentismo-WLQ8). Também emerge um padrão de associação entre depressão e presentismo: quanto mais elevado o estado depressivo das costureiras, mais afetado é o desempenho (mais baixo o valor presentismo-SPS6). Problemas de saúde físicos e psicológicos, incluindo os sintomas de ansiedade e depressão, têm surgido positivamente relacionados com o presentismo, facto explicado pela tendência observada no agravamento dos sintomas ao longo do tempo, que por falta de descanso e recuperação, vai provocando um aumento da dificuldade no desempenho de funções por parte dos trabalhadores, fenómeno que aparece amplamente evidenciado na literatura da especialidade (Adle, et. al. 2006 ;Aronsson, et. al., 2000; Brisson et. al., 1989; Burton, et al. 2004; Elstad, & Vabø, 2008 ;Erikson, et. al. 2009; Goetzel, et. al., 2004; Hansen et. al., 2008; Kessler, & Frank, 1997; Lerner, et. al., 2004; Merril, et. al., 2012; Wang, et al. 2004; Wada, et. al., 2013). Neste estudo, o comportamento conjunto destas variáveis revelou uma tendência semelhante ao que tem sido observado e referido na literatura – nas costureiras portuguesas, pode-se afirmar que, quanto mais severo o estado de depressão e ansiedade mais afetado é o desempenho.

Neste estudo, o fator trabalho completado não tem correlação com as variáveis stresse, ansiedade ou depressão, no entanto o fator distração evitada está correlacionada com qualquer uma delas. As costureiras com níveis de depressão severos são aquelas que têm um menor valor de presentismo-SPS6, ou seja, que têm um desempenho mais afetado. Também mostraram ter menor capacidade de realizar trabalho físico e maior distração evitada. As costureiras mais ansiosas apenas se diferenciaram significativamente das menos ansiosas, por terem mais distração evitada. Assim, os resultados apontam para que seja a depressão que condiciona mais fortemente o desempenho das costureiras: as costureiras mais depressivas, ou com níveis de depressão severos, serão as que manifestam tendência para ter um desempenho mais reduzido. Elevados níveis de desempenho num trabalho repetitivo só são conseguidos com grande esforço, maior fadiga e tensão que em trabalhos não repetitivos (Rahman, 1986), o que

será acentuado nas costureiras com tendências mais depressivas, dado que estas têm mais necessidade de evitar distrações.

A capacidade de realizar trabalho físico e a distração evitada são os únicos fatores de presentismo que apresentam correlações altamente significativas com o stresse, a ansiedade e a depressão. Assim, os resultados indicam que são estes tipos de dificuldades (em realizar o trabalho físico e em evitar as distrações) que mais afetam o desempenho das tarefas que as costureiras têm que realizar, as quais, na sua maioria implicam destreza física (algumas são tarefas de precisão). Este facto vai ao encontro das conclusões do estudo de Lerner et al. (2004), de que a depressão afeta o desempenho de tarefas que implicam destreza física.

Um fator que pode ter contribuído para o presentismo considerável registado nas costureiras portuguesas aqui estudadas é a pressão do tempo no trabalho, pois as fábricas têm metas de produção e por norma prazos apertados e está comprovado que muito trabalho e pouco tempo para o fazer contribui para o presentismo (Hansen, et. al., 2008; Merrill, et. al., 2012). O facto do rendimento do agregado familiar das costureiras ser baixo e de algumas fábricas pagarem prémios (bónus) de produtividade e assiduidade pode também ter contribuído para o presentismo pois foi comprovado em outros estudos que as preocupações financeiras contribuem positivamente para o presentismo (Merrill, et. al., 2012).

O presentismo elevado tem sido justificado pelo facto de que as mulheres, por norma, terem maiores responsabilidades e preocupação pessoais por terem a seu cargo crianças ou membros idosos da família (Aronsson, et. al., 2000; Hansen, et. al., 2008; Merrill, et. al., 2012). O facto de, por norma, serem as mulheres a cuidarem dos filhos ou de algum membro idoso da família e também das lides domésticas faz com que estas ainda se privem mais da recuperação (deteriorando assim o seu desempenho). Apesar da exaustão não ter sido medida neste estudo, foi anteriormente comprovado que está positivamente relacionada com o presentismo (Demerouti, Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2008; Lin & Cooper, 2013). Exaustão emocional e presentismo são recíprocos uma vez que a exaustão leva a que ao longo do tempo se dê o aparecimento de presentismo que por sua vez ainda causa mais exaustão. Os indivíduos ao se privarem de recuperação estão a promover o deterioramento do seu estado de saúde (Aronsson, et. al., 2000; Demerouti, et. al., 2008). Tem sido verificado que há também maior presentismo em ambientes que combinam maior risco de stresse e trabalho físico com baixo salário (Aronsson, et. al., 2000). Neste estudo foi comprovado que há uma diferença tendencialmente

significativa no presentismo (presentismo-WLQ8) entre grupos de costureiras doentes e não doentes. As costureiras doentes têm valores mais elevados de presentismo, o que está de acordo com os estudos analisados no contexto da revisão da literatura e anteriormente mencionados.

Estas condições “adversas” ao desempenho estão presentes no ambiente laboral do sector têxtil português, onde o trabalho é monótono, repetitivo e onde é frequente as costureiras receberem o ordenado mínimo nacional (e muitas vezes, incentivos à produção), apresentado ainda rendimentos familiares baixos. E, se é facto que as pessoas depressivas são geralmente muito preocupadas e têm sentido de responsabilidade acrescido, tendem também, em geral, a revelar falta de energia e de concentração, o que afeta o desempenho de tarefas. As costureiras portuguesas com estados mais severos de depressão mostraram um presentismo mais elevado (menor desempenho). Assim, quer a vergonha e o estigma social da depressão, quer não porem mais em causa o baixo rendimento que já usufruem, poderão também estar a afetar negativamente o desempenho das costureiras portuguesas.

Merrill et al. (2012) identificam no seu estudo que as pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos têm mais preocupações pessoais e financeiras que por sua vez fazem aumentar o presentismo. No presente estudo a idade não surgiu associada ao presentismo; todavia, o facto de mais de metade das participantes ter mais de 40 anos, pode dar indicações sobre o eventual papel desempenhado pela idade nos níveis de presentismo da população estudada pois observou-se que as respondentes doentes tinham uma idade significativamente mais elevada que as não doentes. Simultaneamente, alguns fatores contextuais podem estar a afetar (ajudando a explicar) o presentismo e desempenho das costureiras estudadas. Algumas das fábricas onde o estudo teve lugar têm muitos anos de existência e algumas das trabalhadoras acompanharam esse percurso, bem como o trabalho umas das outras. A relação com a supervisora poderá ser também muito forte, fazendo com que se sintam como parte de uma grande família. O sentimento de compromisso para com as colegas trabalhadoras e para com o empregador, espera-se que seja alto, entre as costureiras que têm este tipo de ligações e que isso contribua, como consideram Demerouti et al. (2008), Hansen et al. (2008) e Lu, Cooper e Lin (2013), para aumentar a pressão para ir trabalhar mesmo quando não se sentem em condições para tal. E como tal contribuiu para o aumento do presentismo.

No entanto, o sentimento contrário, decorrente da rigidez no tratamento dos trabalhadores, por parte do empregador, poderá também contribuir para o mesmo fenómeno do aumento do presentismo. No caso das fábricas com menos trabalhadoras, o facto de sentirem que o seu trabalho será acumulado pelas colegas também contribui para o aumento do presentismo, assim como o pagamento de (qualquer tipo de) bónus de produtividade ou assiduidade.

Num balanço geral, os fatores comuns que mais parecem justificar o presentismo relativamente elevado e a redução do desempenho correspondente, são as idades das participantes (compreendidas entre os 30 e os 40 anos, faixa etária mais relacionada com o aumento das preocupações pessoais e financeiras e com dos problemas de saúde) e o facto de, tal como noutras manufaturas, haver grande pressão do tempo (os intervalos serem muito limitados e não poderem haver quebras na produção), o que aumenta a pressão no trabalho e com ela o presentismo.

6 Conclusões

De acordo com os resultados deste estudo, uma proporção elevada de costureiras da indústria têxtil em Portugal tem alguma doença ou problema físico ou psicológico diagnosticado pelo médico, e toma algum tipo de medicação, que surgem positivamente correlacionadas com a idade e inversamente com escolaridade, ou seja, há maior incidência de doenças e problemas físicos ou psicológicos entre as costureiras de maior idade e com menores habilitações literárias. As doenças mais frequentes entre as costureiras portuguesas são hipertensão, problemas físicos, como tendinites e problemas de coluna e outros problemas músculo-esqueléticos e problemas de foro psicológico, como o caso da ansiedade e depressão, registando-se alguma comorbidade entre doenças.

Os resultados indicam que entre as costureiras da indústria têxtil em Portugal há níveis de stresse e depressão aumentados e níveis de ansiedade elevados, relativamente à normalidade da população. O aspeto mais relevante e imediato para a gestão, é que resultados apontarem para haver níveis de presentismo moderados a elevados nesta população, com correspondente perdas de desempenho elevadas. Os gastos por trabalhadora (perdas de salário) em que as empresas da indústria têxtil portuguesa podem incorrem devido às perdas de desempenho podem ser correspondentes a, em média, pelo menos cerca de um quinto do salário mínimo nacional.

As evidências que emergem destes resultados apontam para a existência de alguns padrões de associação entre presentismo e stresse, ansiedade e depressão: os resultados indicam que quanto mais elevado for o estado de stresse, ansiedade e a depressão observado nas costureiras, mais afetado, ou pior, será o seu desempenho por presentismo, direcionando-se, assim, os resultados no mesmo sentido e reforçando aquilo que tem sido mais frequentemente observado. Alguns fatores individuais e contextuais poderão ajudar a explicar o baixo desempenho observado, como o facto de as costureiras receberem o ordenado mínimo nacional, de algumas fábricas pagarem bónus de produtividade e assiduidade, ou por terem um ambiente estimulador de boas relações sociais que facilita o sentimento de responsabilidade perante os outros, colegas e empregadores. Estudos futuros poderão ajudar a esclarecer estas questões.

7 Limitações do estudo e pistas para investigação futura

Sintetizando, este estudo exploratório revelou algumas tendências de associação entre desempenho e medidas de saúde mental que aponta no mesmo sentido daquilo que tem sido mais frequentemente observado: estados de stresse, ansiedade e depressão elevados surgem associados ao aumento da dificuldade das costureiras em realizar tarefas físicas e em se concentrarem nas tarefas, afetando negativamente o seu desempenho no trabalho. Alguns fatores individuais e contextuais poderão ajudar a esclarecer este fenómeno, mas carecem de ser devidamente explorados em estudos futuros.

As escalas de auto-relato utilizadas neste estudo revelaram-se instrumentos de medida adequados. Mostraram ser fáceis de interpretar e aplicar, com a vantagem de terem sido adaptadas à cultura e língua portuguesa (Paulhus & Vazire, 2007). Há a noção de que as pessoas mais qualificadas para testemunhar as suas personalidades, percepções de si e do mundo, são elas próprias, pois mais ninguém tem acesso a tanta informação pessoal. No entanto, as pessoas não tem uma capacidade infinita de se recordarem de toda a informação relevante para determinadas questões, assim, quando são sobrecarregadas com muita informação, no processo de simplificação, pode perder/omitir factos importantes (têm menos precisão) (Paulhus, et. al., 2007). Outras falhas das escalas de auto-relato é a necessidade dos indivíduos mostrarem consistência nas respostas, terem cuidado com a auto-imagem, tentarem favorecer-se e terem auto-desilusão ou falhas de memória (Paulhus, et. al., 2007). A auto-apresentação inclui dois fatores: a auto-imagem (gestão de imagem) e a auto-desilusão. A primeira inclui variantes como o exagero, fingimento e mentira e a segunda inclui o auto favorecimento, melhoramento do próprio, negação e postura defensiva (Paulhus, et. al., 2007). Isto vem da necessidade de aprovação social - a necessidade de aprovação social e aceitação e a crença que isso pode ser obtido através de comportamentos aceites e aprovados culturalmente – é a tendência por parte dos indivíduos para se apresentarem numa luz favorável independentemente dos seus verdadeiros sentimentos sobre um determinado tópico, assunto. Isto é uma tendência problemática porque pode alterar as respostas dos participantes e assim alterar as relações entre diferentes variáveis (Podsakoff, MacKenzie, Lee & Podsakoff, 2003). Estes fatores podem ser minimizados ao se informar os participantes que os questionários são

confidenciais. O que foi feito no caso do presente estudo, pelo que se prevê que estes fatores não tenham afetado mais significativamente esta população relativamente a outras.

Apesar das vantagens das escalas de auto-relato, há alguma possibilidade de ter havido dificuldade por parte dos participantes em compreender as perguntas (algumas costureiras tiraram dúvidas junto da responsável pelos recursos humanos da fábrica). As correlações elevadas muito significativas entre as variáveis stresse, ansiedade e depressão na população estudada, dão indicações sobre elevada coerência nas respostas (e a correspondente compreensão das perguntas), assim, como a forte correlação entre os diversos fatores das escalas SPS6 e WLQ8.

A inclusão neste estudo de uma medida de absentismo, teria contribuído para um melhor esclarecimento da relação entre desempenho e stresse, ansiedade e depressão nas costureiras, enriquecendo desse modo esta pesquisa. Além disso, o absentismo teria ainda ajudado a obter-se um cálculo mais preciso dos custos em que as empresas incorrem devido à redução do desempenho. Assim, estudos futuro deverão incluir esta variável, assim como seria interessante estudar variáveis como o bem-estar e a satisfação com o trabalho nas costureiras, e ainda explorar a influência que exercem os stressores nos níveis de desempenho destas trabalhadores da indústria têxtil, de modo a procurar tornar mais claro o padrão de relação entre desempenho e perturbações psicológicas associadas ao stresse.

Apesar das dificuldades que houve na constituição desta amostra (empresas pouco recetivas à colaboração e não facilitando o contacto com as trabalhadoras), seria desejável no futuro investir esforço no alargamento do tamanho da amostra, e, especialmente importante para uma investigação envolvendo este tipo de participantes, assegurar uma maior proximidade entre investigadores e trabalhadoras, de modo a garantir uma maior fiabilidade nos dados recolhidos.

8 Referências Bibliográficas

Adler, D., McLaughlin, T., Rogers, W., Chang, H., Lapitsky, L., Lerner, D. (2006) Job performance deficits due to depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1569-1576.

American Psychiatric Association – APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Aronsson, G., Gustafsson, K., Dallner, M. (2000) Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 502-509.

Associação Têxtil e Vestuário de Portugal. *Descrição do sector* (2014), de: <http://www.atp.pt/gca/index.php?id=18>, Consultado em: 03-05-2015, 18:50 h

Baker-McClearn, D., Greasley, K., Dale, J., Griffith, F. (2010) Absence management and presenteeism: the pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resource Management Journal*, Vol. 20, n. 3, 311-328.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* Academic Press: New York, Vol. 4, 71-81

Barrick M., & Mount, M. (1991) The big five personality dimensions and job performance: meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44(1), 1-26.

Barroso, M. (2015) Trabalho e saúde na Europa: um retrato por país e profissão. *Forum sociológico*, 26, 31-42.

Baum, J. & Locke, E (2001) A multi-dimensional model of venture growth. *Academy of management Journal*, 44(2), 202-303

Berry, L.M. (1998). *Psychology at work: an Introduction to Industrial Organizational Psychology*. McGraw-Hill.

Bertilsson, M., Petersson, E., Östlund, G., Waern, M., Hensing, G. (2013) Capacity to Work While Depressed and Anxious – a Phenomenological Study. *Disability and Rehabilitation*, 1-7.

Besser, A., Flett, G. & Hewitt, P., (2004) Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure vs. Success. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 297-324.

Bolton, J., Robinson, J., Sareen, J. (2009) Self-medication of mood with alcohol and drugs in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*, 115, 367-375.

Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Gingras, S. (1989). Effect of duration of employment in piecework on severe disability among female garment workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15, 329-334.

Brown, T., Chorpita, B., Korotitsch, W., Barlow, D. (1997) Psychometric properties of depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behavior Research & Therapy*, 35(1), 79-89.

Burton, W., Conti, D., Chen, C., Schultz, A., Edington, D. (2002) The economic burden of loss productivity due to migraine headache; a specific worksite analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 44(6), 523-529.

Burton, W., Pranksy, G., Conti, D., Chen, C., Edington, D. (2004) The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 38-45.

Campbell, J. P. (1999). The definition and measurement of performance in the new age. In Ilgen, D. & Pulakos, E. (Eds.), *The changing nature of performance. Implications for staffing, motivation, and development* (pp. 399–429). San Francisco: Jossey-Bass.

Chorpita, B., Barlow, D., (1998) The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 1(1), 3-21.

Crujo M., Marques, C. (2009) As perturbações emocionais- ansiedade e depressão na criança e adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582.

Cutler D. & Lleras-Muney, A. (2006) Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *National Poverty Center Working Paper Series*, 6-19.

Demerouti, E., Blanc, P., Bakker, A., Schaufeli, W., Hox, J. (2008) Present But sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Careed Development International*, 14(1), 50-68.

Dewa, C., Lin, E. (2000) Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine*, 51, 41-50.

Diário da República, Decreto lei nr.254A/2015

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) (2015) Educação em Números – Portugal 2015, Lisboa: DGEEC.

Driskell, J., Salas, E. & Hughes, S. (1996) Introduction: the study of stress and human Performance. In Driskell, J. & Salas, E (Eds.), *Stress and Human Performance*. (pp. 1-45) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Edwards, J. (1995) Depression, antidepressants and accidents: pharmacological concerns need epidemiological elucidation. *BMJ*, 311, 887-888.

Elstad, J.(2008) Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467-74.

Erikson, S., Guthrie, S., VanEtten-Lee, M., Himle, J., Hoffman, J., Santos, S., Janeck, A., Zavin, K., Abelson, J. (2009) Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Anxiety and Depression*, 26, 1165-1171.

Esposito, E., Wang, J., Williams, J., Patten, S. (2007) Mood and anxiety disorders, the association with presenteeism in employed members of a general population sample. Cambridge University Press, 16(3), 231-237

Fay, D., & Sonnentag, S. (2000). Stressors and personal initiative: A study on organizational behavior. *Journal of occupational Health psychology*, 7 (3), 221-234

Ferreira, A., Martinez, L., Sousa, L., Cunha, J. (2010) Tradução e validação para a língua Portuguesa das escalas de presentismo WLQ-8 e SPS-6. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 253-266.

French, M., Zarkin, G., (1998) Mental health, absenteeism and earnings at a large manufacturing worksite. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1, 161-172.

Frese, M., Fay, D., Hilburger, T., Leng, K., & Tag, A. (1997). The concept of personal initiative: Operationalization, reliability and validity in two German samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 139–161.

Ganster, D.C. & Murphy, L. (2000). Workplace Interventions to Prevent Stress-Related Illness: Lessons from Research and Practice. In Cooper, C.L & Locke, E.A. (Eds.). *Industrial and organizational Psychology: Linking theory with practice*. Blackwell.

Goetzel, R., Long, S., Ozminkowski, R., Howkins, K., Wang, S., Lynch, W. (2004) Health, absence, disability and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 398-412.

Gray, J., McNaughton, N. (2000) *The Neuropsychology of Anxiety, An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System*. New York: Oxford University Press.

Griffin, R. & Moorhead, G. (2010). *Organizational Behavior: Managing people and organizations*. E.U.A. : South-Western Cengage Learning.

Hackman, J., & Oldham, G. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250–279.

Hansen, C., Andersen, J. (2008) Going ill to work – What personal circumstances, attitude and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Sciences & Medicine*, 67, 956-964.

Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S., Haslam, R. (2004) Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life. *Family Practice*, 21, 204-212.

Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S., Haslam, R. (2005) Anxiety and Depression in the Workplace: Effects on the Individual and Organisation (a focus group intervention). *Journal of Affective Disorders*, 88, 209-215.

Hemp, P. (2004) Presenteeism: at work but out of it. *Harvard Business Review*.

Henderson, M., Harvey, S., Overland, S., Mykletun, A., Hotopf, M. (2011) Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 198-207.

Hewitt, P., Mittelstaedt, W., & Flett, G., (1990) Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 46(1), 67-73.

Hobfoll, S. & Freedy, J., (1993) Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In Schaufeli, W., Maslach, C., Marek, T. (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, (pp. 115-133). Philadelphia: Taylor & Francis.

Holden, L., Scuffham, P., Hilton, M., Ware, R., Vecchio, N., Whiteford, H. (2011) Work Health conditions impact on productivity in working Australians? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol.53, n.3, 253-257

Jackson, R. & Rothstein, M. (1991) Personality measures as predictors of job performance: a meta-analytic review. *Personnel Psychology*, 44(4), 703-741.

Jick, T., & Mitz, L. (1985) Sex differences in work Stress. *The Academy of Management Review*, 10(3), 408-420.

Johns, G. (2009) Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.

Johns, G. (2011) Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol 16(4), 483-500.

Johns, G., Xie, J. (1998) Perceptions of absence from work: People's Republic of China vs. Canada. *Journal of Applied Psychology*, Vol 83(4), 515-530.

Kahneman, D. (1973) *Attention and effort*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kahya, E. (2007) The effects of job characteristics and working conditions on job performance. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 37, 515-523.

Kales, H., Blow, F., Welsh, D., Mellow, A. (2004) Herbal products and other products: use by elderly veterans with depression and dementia and their care givers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17: 25-31.

Kanfer, R., (1990) Motivation theory and Industrial/organizational psychology. In Dunnette M. & Hough (eds.) Book of industrial and organizational psychology. Volume 1. Theory of industrial and organizational psychology (75-170). Consulting psychology press: Palo Alto, California.

Kessler, R. & Almeida, D. (1998) Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 670-680.

Kessler, R., Frank, R. (1997) The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.

Koopman, C., Pelletier, K., Murray, J., Sharda, C., Berger, M., Turpin, R., Hackleman, P., Gibson, P., Holmes, D., Bendel, T. (2002) Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 14-20.

Krinsky L., Carone P., Kieffer S. & Yolles S.,(1984) *Stress and Productivity Volume IX*. New York: Human Sciences Press In Miner, J.B. (1992). *Industrial-Organizational Psychology*. McGraw-Hill

Lader M. (1994) Fortnightly review: treatment of anxiety. *British Medical Journal*, 309, 321-324.

Latko, W.A., Armstrong, T.J., Franzblau, A., Ulin, S.S., Werner, R.A., & Albers, J.W. (1999). Cross-Sectorial Study of the Relationship Between Repetitive Work and the Prevalence of

Upper Limb Musculoskeletal Disorders. *American Journal of Industrial Medicine*, 36, 248-259.

Leino, P. (1989). Symptoms of Stress Predict Musculoskeletal Disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, 293-300.

Lerner, D, Amick, B, Rogers, W Malspeis, S & Bungay, K (2001) The Work Limitations Questionnaire: A Self-Administered instrument for assessing on-the-job disability. *Medical Care*, 39(1), 72-85.

Lerner, D, Rogers, W & Chang, H, (2009) Scoring the Short Form of the Work Limitations Questionnaire (WLQ-SF©).

Lerner, D., Adler, D., Chang, H., Berndt, E., Irish, J., Lapitsky, L., Hood, M., Reed, J., Rogers, W. (2004) The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 46-55.

Lerner, D., Adler, D., Chang, H., Lapitsky, L. & McLaughlin, T. (2006) Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1569-1576.

Lerner, D., Adler, D., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M., Perissinotto, C., Reed, J., McLaughlin, T., Berndt, E., Rogers, W. (2004) Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, 55(12), 1371-1378

Lerner, D., Rogers, W. & Chang, H. (2002) The Work Limitations Questionnaire. *Quality of life news letter*, 28, 9-10.

Lim, D., Sanderson, K., Andrewa, G. (2000) Lost Productivity Among Full-Time Workers with Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 139-146.

Lin, L., Cooper, C. (2013) Unhealthy and present: motives and consequences of the act of presenteeism among taiwanese employees. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 18(4), 406-416.

Lovibond, P., Lovibond, S. (1995) The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research & Therapy*, 33(3), 335-343.

Lu, L., Cooper, C., Lin, H. (2013) A cross-cultural examination of presenteeism and supervisory support. *Career Development International*, 18(5), 440-456.

MacLeod, C., Mathews, A., Tata, P. (1986) Attention bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 15-20.

Maroco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Mendlowicz, M., Stein, M. (2000) Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

Merrill, R., Aldana, S., Pope, J., Anderson, D., Coberley, C., Whitmer, W., and HERO (2012) Presenteeism according to healthy behaviours, Physical health and work environment. *Population Health Management*, 15, 293-301.

Miner, J.B. (1992). *Industrial-Organizational Psychology*. McGraw-Hill

Minor, T., Dess, N., Overmier, B. & Maurice R. (Ed), (1991). Fear, avoidance, and phobias: A fundamental analysis. , (pp. 87-133). England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, In Chorpita, B., Barlow, D., (1998) The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 1(1), 3-21.

Mitchell T. (1997) Matching motivational strategies with organizational context. *Research in Organizational Behavior*, 19, 57-149 In Sabine Sonnentag (2002) *Psychological Management of Individual Performance*. West Sussex: John Wiley and Sons, Lda.

Mitchell, T., & O'Reilly, C. (1983) Managing poor performance and productivity in organizations. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 1, 201-234. In Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C., (2007) *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Venda Nova: RH ed.

Mitchell, T., Hopper, H., Daniels, D., George-Falvy, J., & James, L. (1994) Predicting self-efficacy and performance during skill acquisition. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 506-517

Motowidlo, S., Borman, W., & Schmit, M. (1997) A theory of individual differences in task and contextual performance. *Human Performance*, 10, 71-83.

Motowidlo, S., Manning, M., Packard, J. (1986) Occupational Stress: Its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 618-629.

Motowidlo, S.J. (2003). Job Performance. In Borman, W.C. (Eds.). *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology*. E.U.A: John Wiley & Sons, inc.

Muchinsky, P.M. (1999). *Psychology Applied to Work: an introduction to industrial and organizational Psychoogy*. E.U.A : Wadsworth (Thomson Learning).

Niles, A., Dour, H., Stanton, A., Roy-Byrne, P., Stein, M., Sullivan, G., Sherbourne, C., Rose, R., Craske, M. (2015) Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 109-115.

Nordander, C., Ohlsson, K., Balogh, I., Hansson, G., Axmon, A., Persson, R., Skerfving, S. (2008). Gender differences in workers with identical repetitive industrial tasks: exposure and

musculoskeletal disorders. *International Archives of occupational & Environmental Health*. 81, 939-947.

Okereke, O., Prescott, J., Wong, J., Han, J., Rexrode, K., Vivo, I. (2012) High phobic anxiety is related to lower leukocyte telomere length in women. *Plos ONE*, 7(7), e40516

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004) Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibon. *Psicologia, saúde & Doenças*, 5(1), 229-239.

Pais-Ribeiro, J.L, Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças* 5(2), 229-239.

Paulhus, D. & Vazire, S. (n.d.) The self-report Method. In Robins, R., Fraley, R. & Krueger, R. (eds.)(2007) *Handbook of research methods in personality psychology*. The Guilford Press : New York.

Plaisier, I., Beekman, A., Graaf, R., Smit, J., Dyck, R., Penninx, B. (2010) Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective disorders*, 125, 198-206.

Podsakoff, P., MacKenzie, S., Lee, J., & Podsakoff, N.(2003) Common method biases in behavioural research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.

Porr, C., Olson, K., Hegadoren, K. (2010) Tiredness, fatigue and exhaustion in the context of a major depressive disorder. *Qualitative Health Research*, 20, 1315-1326.

Potter, W. (1990) Psychotropic medications and work performance. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 32(4), 355-361.

Punnett, L., Robins, M.J., Wegman, D.H., Keyserling, W.M., (1985). Soft Tissue Disorders in the Upper Limb of Females Garment workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 11, 417-425.

Quiñones, M., Ford, J. & Teachout, M. (1995) The relationship between work experience and job performance: a conceptual and meta-analytic review. *Personnel Psychology*, 48, 887-910.

Rahman, M. (1986) Performance, stress and strains in self paced repetitive work. *Journal of human ergology*, 15: 123-130.

Rai, D., Skapinakis, P., wiles, N., Lewis, G., Araya, R. (2010) Common mental disorders, subthreshold symptoms and disability: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 411-412.

Sabine Sonnentag (2002) *Psychological Management of Individual Performance*. West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd.

Schibye, B., Skov, T., Ekner, D., Christiansen, J.U., Sjøgaard, G. (1995). Musculoskeletal symptoms among sewing machine operators. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 21, 427-434.

Schmidt, F., Hunter, J., Outerbridge, A. & Goff, S. (1988) Joint relation of experience and ability with job performance: Test of three hypotheses. *Journal of Applied Psychology*, 73, 46–57.

Sealetsa, O.J. & Thatcher, A. (2011). Ergonomics issues among sewing machine operators in the textile manufacturing industry in Botswana. *Work*, 38, 279-289.

Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. E.U.A : Butterworth

Speier, C. & Frese, M. (1997) Generalized Self-efficacy as a mediator and moderator between control and complexity at work and personal initiative: a longitudinal field study in east Germany. *Human Performance* 10 (2), 171-192.

Steinisch, M., Yusuf, R., Li, J., Rahman, O., Ashraf, H.M., Strümpell, C., Fischer, J.E., Loerbroks, A. (2013). Work Stress: Its components and its association with self-reported health outcomes in garment factory in Bangladesh – findings from a cross-sectional study. *Health & Place*, 24, 123-130.

Stevens, M., & Campion, M. (1994). The knowledge, skill, and ability requirements for teamwork: Implications for human resource management. *Journal of Management*, 20, 503–530.

Taylor, S.E., Reptti, R.L., Seeman, T. (1997). Health Psychology: What is an Unhealthy Environment and How Does It Get Under the Skin? *Annual Reviews Psychology*. 48, 411-447

Ursin, H., (1980) Personality, activation and somatic health a new psychosomatic theory. NATO Conference Series, 12, 259-279.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., (1997) Effect of organizational downsizing on health of employees. *Elsevier*, 350(9085), 1124-1128.

Wada, K., Arakida, M., Watanabe, R., Negishi, M., Sato, J., Tsutsumi, A. (2013) The economic impact of loss of performance due to absenteeism and presenteeism caused by depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. *Industrial Health*, 51, 482-489.

Waghorn, G., Chant, D. (2006) Work performance among Australians with depression and anxiety disorders, a population level second order analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 898-904.

Wang, P., Beck, A., Berglund, P., McKenas, D., Pronk, N., Simon, G., Kessler, R. (2004) Effects of major depression on moment-in-time work performance. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1885-1891.

Wang, P.C., Pempel, D.M., Harrisson, R.J., Chan, J., Ritz B.R. (2007). Work-organizational and personal factors associated with upper body musculoskeletal disorders among sewing machine operators. *Occupational & Environmental Medicine*. 64, 806-813.

9 Anexos – Questionário

As questões 1 e 2 fazem parte da escala WLQ-8 a questão 3 corresponde à escala SPS-6 e a questão 4 à escala EADS, seguida de questões relativas aos dados demográficos.



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Este questionário faz parte de um estudo que procura investigar de que forma o stress afeta o desempenho das costureiras da indústria têxtil em Portugal.

Demora cerca de 10-15 minutos a preencher. Por favor seja sincera nas suas respostas, pois o questionário é totalmente anónimo e as suas respostas absolutamente confidenciais.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Nas questões seguintes, solicitamos que avalie como o Stress e/ou alguma(s) outra(s) doença(s) (como por exemplo enjoos, enxaquecas, dores nas articulações e musculares, constipação, ou qualquer outra doença diagnosticada pelo seu médico) lhe dificulta(m) o seu desempenho de funções, usando a seguinte escala:

- Todo o tempo (100%);
- Maior parte do tempo;
- Alguma parte do tempo (50%);
- Uma pequena parte do tempo;
- Nenhuma parte do tempo (0%)

1.No **último mês**, por quanto tempo o seu problema de saúde **dificultou** a realização das tarefas seguintes (assinale com uma X a opção que melhor reflete a sua opinião):

	Todo o tempo (100%)	Maior parte do tempo	Alguma parte do tempo (cerca de 50%)	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo (0%)
1.1. Trabalhar o número de horas que lhe são solicitadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Começar as suas tarefas/funções assim que inicia o turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Concentrar-se no seu trabalho/função	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Ajudar os outros a acabar o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Desenvolver a quantidade de trabalho que lhe é solicitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. Sentir que realizou todo o trabalho que tem capacidade de fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. No **último mês**, por quanto tempo teve a capacidade de **realizar sem dificuldades** as tarefas seguintes, por causa dos seus problemas de saúde:

	Todo o tempo (100%)	Maior parte do tempo	Alguma parte do tempo (cerca de 50%)	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo (0%)
2.1. Fazer os mesmos movimentos repetidamente, necessários no decorrer do turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Utilizar equipamentos de trabalho (ex. máquina de costura, tesoura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Considerando o **último mês**, descreva o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, usando a seguinte escala:

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
3.1. Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar as tarefas difíceis do meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Senti-me desesperada (sem ânimo) para terminar determinadas tarefas do meu trabalho, devido o meu problema de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Apesar do meu problema de saúde, senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si ***durante o mês passado***. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0-** Não se aplicou nada a mim;
- 1-** Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2-** Aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3-** Aplicou-se a mim maior parte das vezes;

1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado(a)	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Idade	
-------	--

Nacionalidade	Portuguesa	
	Outra	
Residência (concelho)		

Habilitações Literárias	
-------------------------	--

Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?	
Quantos filhos tem?	

Rendimento mensal líquido do agregado familiar	Menos de 500€	
	Entre 500€ a 1000€	
	Entre 1000€ a 2500€	

Tem alguma doença diagnosticada ou algum problema físico ou Psicológico que a costuma perturbar?	
Se sim, por favor especifique	
Está a tomar alguma medicação?	
Se sim, por favor queira especificar	

Muito obrigada pela sua participação!